CHIRURG POLSKI

CZASOPISMO POŚWIĘCONE CHIRURGII KLINICZNEJ i TECHNICE OPERACYJNEJ

REDAKCJA: WARSZAWA, UL. 6. SIERPNIA 37. TEL. 9-20-15
ADMINISTRACJA: WARSZAWA, UL. SMOLNA 30. TEL. 5-19-04

TREŚĆ:

SOMMAIRE:

ROK III. Nr. 8

SIERPIEŃ 1938 R.

CHIRURG POLSKI

ROK III. WARSZAWA, SIERPIEŃ 1938 R. Nr 8

Znaczenie społeczne traumatologii i jej obecne stanowisko w chirurgii [1])

podał

Płk dr Tadeusz Sokołowski
Kier. Instytutu Chirurgii Urazowej w Warszawie.

Nie tylko wielka wojna, ale w równej mierze wzrastająca ilość wypadków w okresie powojennym wysunęły leczenie urazów, jako jedno z zagadnień społecznych współczesnego życia. Jeżeli przed laty dwudziestu dopiero wojna wyzwalała epidemię urazów i zmuszała do mobilizacji sił obronnych, to współczesne życie wysunęło sprawę zwalczania niegasnącej epidemii urazów oraz ich skutków, jako zagadnienie bieżące. Przedtem chirurgia urazów wywodziła się z doświadczeń wojennych, obecnie chirurgia wojenna przestała być samodzielną dyscypliną, stając się jedynie jedną z gałęzi traumatologii, podobnie jak chirurgia sportu, wypadków pracy, wypadków komunikacyjnych itd.

O rozmiarach stałej klęski społecznej, jaką stanowi obecnie częstość urazów na skutek wypadków ruchu, wypadków ulicznych w miastach oraz wypadków w sporcie i w warsztatach pracy, świadczą roczniki Ubezpieczeń Społecznych w Polsce, które wykazują setki tysięcy osób, ulegających rok rocznie nieszczęśliwym wypadkom. W Stanach Zjednoczonych ginie obecnie wskutek samych tylko urazów czaszki więcej osób w ciągu jednego roku, aniżeli zginęło żołnierzy amerykańskich podczas całego okresu, w jakim armia amerykańska brała udział w wojnie światowej. To też w dobie obecnej przeciwstawiono epidemii urazów organizację lecznictwa, nie tylko potencjalną na czas wojny, ale i stałą w życiu pokojowym. Do powstania odpowiednich instytucyj przyczyniły się wszędzie przede wszystkim Ubezpieczenia Społeczne, które przekonały się, że lepiej zapobiec od razu, przez wczesne stosowanie właściwego leczenia, skutkom wypadków, niż wydawać duże sumy na wątpliwe co do wyników leczenie późnych następstw urazów. Lepiej odpowiednio zorganizować leczenie przypadków urazowych, niż wypłacać niepotrzebnym społeczeństwu i siejącym niezadowolenie kalekom duże sumy na renty i odszkodowania.

Przykładem słuszności takiego stanowiska jest dwuletni bilans pracy Instytutu Chirurgii Urazowej w Warszawie: w ciągu roku 1936 leczyliśmy 1477, a w ciągu roku 1937 — 1456, tj. łącznie prawie 3.000 osób. Liczba ta dotyczy osób ze stanu chorych Instytutu, a więc przypadków najcięższych urazów, ran i złamań. Dla zobrazowania ciężkości przypadków nadmieniam, że materiał ten obejmuje m. in. 149 przypadków złamań trzonu kości udowej, około 150 przypadków złamań szyi kości udowej, 66 przypadków złamań kręgosłupa, 34 przypadki ciężkich złamań kości czaszki, wiele przypadków otwartych złamań kości długich kończyny dolnej i gór-

[1]) Referat wygłoszony w d. 29.I 1938 na posiedzeniu plenarnym Rady Naukowo-Lekarskiej przy Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych w Warszawie.

nej itp. Pomimo to ilość dni szpitalnych wynosiła tylko 68.804, a zatem na każdego chorego przypada zaledwie 23 dni leczenia.

W tym samym czasie liczba chorych ambulatoryjnych, którzy zgłosili się do leczenia po raz pierwszy, wynosiła 11.931 osób, liczba ponownych wizyt ambulatoryjnych 33.877. A zatem w okresie dwuletnim na terenie Instytutu podlegało leczeniu prawie 15.000 chorych urazowych. Nadmieniam, że i materiał ambulatoryjny obejmuje również znaczny odsetek przypadków ciężkich, np. złamań kości ramiennej, kości przedramienia, uszkodzeń dłoni i palców, złamań kostek podudzia, a nawet złamań kręgów i szyi kości udowej, gdzie wprowadzenie metod, dających możność natychmiastowego powrotu czynności uszkodzonej okolicy ciała lub kończyny, pozwala na ambulatoryjne załatwianie przypadków.

Jeżeli chodzi o społeczne znaczenie traumatologii, bilans naszej pracy nie zasadza się jedynie na wyleczeniu tej czy innej ilości przypadków urazowych i zmniejszeniu zła społecznego, jakim jest kalectwo. Oczywiście, rację bytu czerpiemy bezpośrednio ze świadomości, że jesteśmy potrzebni chorym — leczyliśmy przypadki, które zgłaszały się do nas ze wszystkich krańców Polski, a wielu chorym zmuszeni byliśmy odmownie odpowiadać na prośby o przyjęcie z powodu braku miejsc. Naszą jednak, że się tak wyrażę, rację stanu upatrujemy w pierwszym rzędzie w tym, że w ciągu ubiegłego okresu gościliśmy w swych murach już nie dziesiątki, lecz setki lekarzy ze wszystkich stron Polski i mogliśmy krzewić w całej Polsce metody leczenia urazów, opracowane na zasadzie doświadczenia, jakie może dać jedynie odpowiednio postawiony zakład, rozporządzający wielką liczbą pouczających pod względem klinicznym przypadków. O tym, że w opracowaniu metod weszliśmy na właściwą drogę świadczą nasze wyniki, głosy lekarzy polskich i głosy prasy zagranicznej.

Przystąpiliśmy do pracy w chwili, gdy w traumatologii, a zwłaszcza w leczeniu złamań, wiele spraw czekało dopiero na rozwiązanie, a w wielu dziedzinach nie było jeszcze powszechnie obowiązujących metod.

Przecież dzisiaj jeszcze w złamaniu kości udowej w przypadku analogicznym, jeden chirurg założy wyciąg bezpośredni, drugi — plastrowy, trzeci opatrunek gipsowy, czwarty wykona operację. Takiej mozajki metod, a mówiąc nawiasem i wyników, nie ma w innych działach chirurgii.

Wielkim nieporozumieniem w leczeniu złamań jest utarty podział leczenia na „zachowawcze" i „operacyjne". Z jednej strony mamy osobne podręczniki operacyjnego leczenia złamań, z drugiej jesteśmy świadkami formalnej krucjaty przeciwko leczeniu operacyjnemu, otrzymując wzamian gotowe przepisy leczenia zachowawczego. Jest to pomieszanie pojęć; podobnie jak w innych działach chirurgii, tak samo w leczeniu złamań, jest tylko jedno leczenie — chirurgiczne; są wskazania i przeciwwskazania do zabiegu operacyjnego, i są *operacje złamań*. Jeżeli mamy zwykłe złamanie kości ramiennej, będziemy zazwyczaj leczyć przypadek za pomocą odpowiedniego opatrunku unieruchomiającego. Gdy jednak otrzymamy takiego chorego z objawami porażenia nerwu promieniowego, wówczas w wielu przypadkach wystąpi wskazanie do zabiegu operacyjnego; wolimy odsłonić, uwolnić i przemieścić nerw poza ognisko złamania, niż wyczekiwać biernie na zrost odłamków, ponieważ zdarza się często, że nerw wrasta w kostninę, a w uciśniętym odcinku dochodzi do nieodwracalnych zmian bliznowatych. Nie można zresztą oddzielać „złamania" od osoby chorego. W zależności od stanu chorego, jego wieku, okresu choro-

by oraz powikłań, mogą wystąpić w przypadku analogicznym wskazania lub przeciwwskazania do operacji.

Zagadnienie leczenia złamań rozwija się ostatnio nie tylko jako sprawa metodyki, lecz w równej mierze jako kwestia techniki, prowadząc w niektórych działach do zmiany pojęć. Po wynalezieniu przez *Smith-Petersena* znanego gwoździa, nastąpił w krótkim czasie zupełny przewrót leczenia złamań szyi kości udowej.

I w innych działach złamań powstały wielkie zmiany pod wpływem ulepszeń technicznych. Leczenie niektórych postaci złamań bez odpowiedniej aparatury jest obecnie nie do pomyślenia; pomimo to panuje jeszcze w tym dziale chirurgii oportunizm: wielu chirurgów uzależnia sposób leczenia od środków, którymi rozporządzają. Tymczasem leczenie złamań jest tylko jedno — takie, które daje optimum wyników. I jeżeli wynik da się osiągnąć tylko przy użyciu odpowiedniej aparatury lub za pomocą operacji, nie będziemy z punktu widzenia nauki reklamować dawnych sposobów, dlatego że brak odpowiednich środków, albo że operacja jest trudna. Taki oportunizm jest do pomyślenia wyłącznie w warunkach wojennych, ściśle biorąc — polowych. Nie do przyjęcia również jest ten oportunizm z punktu widzenia społecznego. Co prawda nauka nie stawia sobie za cel względów utylitarnych, ale w dobie wielkich przemian struktury społecznej przestaje być coraz więcej przywilejem możnych, stając w pierwszym rzędzie na usługi społeczeństwa. Wielkie wstrząsy i przemiany społeczne ostatnich dziesiątków lat doprowadziły właśnie do rozwoju traumatologii, a w obecnym układzie stosunków chwilowo nawet do sztucznego podziału chirurgów na zajmujących się i nie zajmujących się traumatologią. Zastanówmy się, jakie są tego głębsze przyczyny.

Wiadomo, że chirurgia urodziła się z traumatologii. Przecież na przestrzeni wieków chirurgia i traumatologia były to wspólne pojęcia. Jeszcze w drugiej połowie XIX wieku każdy chirurg był przede wszystkim traumatologiem. Dopiero, gdy po wprowadzeniu aseptyki otworzyły się przed chirurgią szeroko nowe dziedziny, traumatologia zeszła na drugi plan. W tym samym czasie, również w związku z wprowadzeniem aseptyki, wydzieliła się, jako osobna gałąź chirurgii, *ortopedia,* która nie wzięła pod swe opiekuńcze skrzydła traumatologii z dwu przyczyn: po pierwsze i ona znalazła własne drogi rozwoju, jako tzw. czysta ortopedia (wady rozwojowe, skrzywienia, zesztywnienia, przykurczenia, porażenia, choroby stawów, ścięgien, mięśni, układu kostnego itp.), po drugie, ani ilość lekarzy ortopedów, ani ilość łóżek, którymi rozporządzały zakłady ortopedyczne, nie były wystarczające do pomieszczenia przypadków urazowych. Utarł się więc zwyczaj, że do zakładów ortopedii kierowano jedynie przypadki złamań, źle wyleczonych w oddziałach chirurgicznych. I dopiero w ostatnich latach zainteresowanie traumatologią wzrosło zarówno wśród chirurgów, jak i ortopedów, nawiasem jednak mówiąc, jeśli o ortopedów chodzi, interesują się oni właściwie nie traumatologią, a frakturologią.

Jednak stosunki faktyczne nie uległy i teraz zmianie. Niemiecka ortopedia (Austria, Niemcy) pozostała w dalszym ciągu wierna czystej ortopedii, francuska usiłuje przyciągnąć do swoich zakładów materiał świeżych złamań—bezskutecznie, ponieważ chirurgów interesujących się złamaniami jest tam więcej, niż ortopedów, i jedynie w Italii ze względu na specjalne warunki miejscowe (wyjątkowy w tym kraju rozwój szkół ortopedycznych) powstało kilka dużych ośrodków leczenia złamań przy istniejących zakładach ortopedii.

Powstały towarzystwa *ortopedii* i *trau-*

matologii; taką samą nazwę przybrało od lat kilku i nasze Towarzystwo Ortopedyczne. Nie zmienia to jednak istotnego stanu rzeczy: dla nielicznej garstki polskich ortopedów stoi otworem w pierwszym rzędzie niezaorana jeszcze niwa czystej ortopedii, nie posiadamy bowiem poza Poznaniem osobnych zakładów ortopedii, a dla licznej rzeszy chorych urazowych rozsianych w terenie pozostaną, jak dotychczas, chirurdzy szpitali powiatowych.

Losy chorych urazowych zależeć więc będą u nas nadal od stopnia wyszkolenia ogółu chirurgów w zakresie leczenie spraw urazowych, a przyszłość i rozwój traumatologii pozostanie na okres najbliższy w rękach tych, co skupiają w swych zakładach materiał chorych urazowych. W uniwersytecie student otrzyma podstawowe wiadomości, ale leczenia urazów i złamań lekarz nauczy się dopiero w oddziale chirurgii urazowej na zasadzie spostrzegania i leczenia chorych. Nikt przecież nie został chirurgiem, nauczywszy się chirurgii z książek czy wykładów.

Zagadnienie nauczania traumatologii wiąże się ściśle ze sprawą nauczania chirurgii wogóle: traumatologia w jej obecnym szerokim rozwoju powinna być przedmiotem nauczania w ramach chirurgii już w uniwersytecie na osobnej katedrze, uzupełniając nauczanie chirurgii ogólnej i szczegółowej wykładami i ćwiczeniami z dziedziny chirurgii urazów, chirurgii ran postrzałowych, chirurgii sportu, techniki leczenia złamań, desmurgii itd. Podstawą nauczania i prac tej katedry powinien być specjalny ośrodek szpitalny, gromadzący duży materiał chorych urazowych, z którego można czerpać w każdej chwili odpowiednie pouczające przypadki dla celów nauczania. Najwięcej celowe byłoby umieszczenie tego ośrodka we wspólnym bloku z dużym oddziałem wzgl. kliniką ortopedii. Oba ośrodki powinny pracować ręka w rękę, jeżeli chodzi o nauczanie, ponieważ obie dziedziny uzupełniają się wzajemnie. Zarówno student, jak lekarz powinien odbywać stage kolejno w obu ośrodkach w ramach wspólnego bloku szpitalnego.

Na czoło zagadnienia nauczania traumatologii wysuwa się więc znaczenie powstania specjalnych ośrodków, zapoczątkowanego przez utworzenie Instytutu Chirurgii Urazowej w Warszawie i oddziału traumatologicznego Szpitala im. Narutowicza w Krakowie. W obecnym układzie stosunków traumatologia stoi w Polsce dopiero u wrót renesansu, jako chwilowo zaniedbany dział chirurgii.

Z Zakładu Anatomii Prawidłowej U. J. P.
Kierownik: *Prof. Dr E. Loth.*

Gruczoły limfatyczne osklepkowe i nażebrowe u dorosłych

podał

Henryk Śledziewski.

Współczesna wiedza anatomiczna o układzie lifmatycznym człowieka oparta jest głównie na wynikach badań zwłok noworodków i osesków. Otrzymane tą drogą wyniki przyjmowane są za panujące u dorosłych. Postępują w ten sposób nawet chirurdzy, jakkolwiek często spotyka się zdanie, że układ limfatyczny jest lepiej rozwinięty u dziecka niż u dorosłego. Dlatego też niektórzy autorzy starają się badaniami zwłok dorosłych potwierdzić wyniki swych poszukiwań, przeprowadzonych na zwłokach dzieci.

W mojej poprzedniej pracy [1]), opartej na zbadaniu 24 zwłok dzieci w wieku od 3-ch miesięcy do 2 lat i traktującej o *gruczołach limfatycznych osklepkowych i nażebrowych* w związku z techniką zabiegów, wykonywanych w przypadkach raka sutka, wyciągnąłem szereg wniosków i uwag, które dotyczyły człowieka dorosłego, jakkolwiek materiał naukowy został ograniczony wyłącznie do zwłok dzieci. Chcąc uniknąć ewentualnego zarzutu, że właściwie niewiadomo jest w jakim stopniu są słuszne moje wnioski w odniesieniu do człowieka dorosłego, przeprowadziłem badania na zwłokach 66 dorosłych osobników; dotyczą one częstości występowania gruczołów limfatycznych *nażebrowych* i *osklepkowych,* po raz pierwszy opisanych przeze mnie.

Materiał pochodzi z sali ćwiczeń Zakładu Anatomii Prawidłowej U. J. P. w wieku od lat 20 do 88; przeważa wiek starszy. Zwłok kobiet zbadano 37, mężczyzn 29. Technika badania ograniczyła się wyłącznie do anatomicznego wyszukiwania wymienionych gruczołów bez uprzedniego nastrzykiwania ich masą kontrastową. Należy zaznaczyć, że tą metodą można uzyskać liczby minimalne, gdyż w tych warunkach bardzo łatwo jest nie zauważyć gruczołów, zwłaszcza gdy są one małych rozmiarów. W naszych warunkach zwłoki są późno konserwowane w formalinie, tak że gnicie i nasiąkanie tkanek barwikiem krwi czyni wszystkie tkanki mniej lub więcej jednakowego ziemisto-brunatnego zabarwienia i jednakowo kruchej konsystencji. Poza tym nieraz trudno było zabezpieczyć badaną okolicę przed uszkodzeniami, czynionymi przez słuchaczy w czasie ćwiczeń prosektoryjnych, tak że potem trudno było powiedzieć w przypadku braku poszukiwanych gruczołów, czy ich rzeczywiście wcale nie było, czy też zostały usunięte przez studentów. Szczególnie ta uwaga dotyczy *gruczołów nażebrowych,* które zostały z tego powodu zbadane w ilości stosunkowo małej. Wobec powyższych zastrzeżeń liczby otrzymane przeze mnie w odniesieniu do *gruczołów osklepkowych,* a zwłaszcza *nażebrowych* wydają się być niskie i w istocie rzeczy powinny być wyższe.

Dla przypomnienia przytaczam określenie gruczołów *nażebrowych i osklepkowych.*

Gruczołami nażebrowymi [2]) *(lglae supracostales)* nazywam gruczoły znajdujące się na górnej powierzchni I-go żebra: albo pod żyłą podobojczykową, albo między żyłą a tętnicą podobojczykową, tuż przy przyczepie żebrowym przedniego mięśnia pochyłego szyi, albo w szczelinie międzymięśniowej (utworzonej przez dwa mięśnie pochyłe szyi: przedni i środkowy), przed tętnicą podobojczykową. Gruczołami zaś osklepkowymi *(lglae cupulae pleurae)* nazywam gruczoły, leżące na osklepku opłucnej; wśród nich odróżniam *przednie, środkowe* i *tylne;* granice osklepka, na którym leżą gruczoły osklepkowe, są następujące: od boku i przodu ogranicza brzeg wewnętrzny I-go żebra, od tyłu — tętnica podobojczykowa, od strony przyśrodkowej — tętnica sutkowa wewnętrzna. Przed żyłą podobojczykową leży gruczoł osklepkowy *przedni,* pod żyłą podobojczykową — *środkowy,* za żyłą a przed tętnicą podobojczykową i pod mięśniem pochyłym przednim — gruczoł osklepkowy *tylny.*

Cały zbadany przeze mnie materiał ułożyłem w dwie tabele (Tabela *A* i *B)* z któ-

[1]) *H. Śledziewski:* „Les métastases du cancer de l'estomac et les métastases „croisées" du cancer du sein aux ganglions lymphatiques de la base du cou, au point de vue de l'anatomie normale". Arch. d'Anat., d'Histol. et d'Embryol. T. XXIV, 1937, p. 199 — 276.

[2]) Przytaczam wg. pracy „Zagadnienie dalszej radykalizacji zabiegów operacyjnych w raku sutka w świetle rozważań anatomicznych". Chirurg Polski, 1938, z. 1.

Wykaz zbadanego

Tabela A.

Nr zwłok	Płeć żeńska	Wiek	Strona lewa: osklepkowe p.	Strona lewa: osklepkowe śr.	Strona lewa: osklepkowe t.	Strona lewa: nażebr. p.	Strona lewa: nażebr. t.	Strona prawa: osklepkowe p.	Strona prawa: osklepkowe śr.	Strona prawa: osklepkowe t.	Strona prawa: nażebr. p.	Strona prawa: nażebr. t.	Uwagi
1	”	72	1							1		1	
2	”	30								1			
3	”	32	1	1	2			1	1	1			Rys. 20 i 21
4	”	72											
5	”	63		1									
6	”	?										1	
8	”	44											
10	”	62		1	1					1			
11	”	88				—	—				—	—	
12	”	?				—	—				—	—	
13	”	53			2	—	—			1		2	
15	”	?				—	—				—	—	
16	”	?	—	—	—	—	—	—	—	—	1		
18	”	?				—	—				—	—	
20	”	?					1						
24	”	?				—	—						
26	”	78									1		
27	”	68											
29	”	61			1	—	—		1	1	—	—	
30	”	?	1			—	—					1	
31	”	60					1						
32	”	63			2	—	—			1	—	—	Rys. 2 i 19
34	”	79	—	—	—	—	—						
36	”	65											
38	”	60						1		1	—	—	Rys. 3
40	”	?				1							
46	”	76											
49	”	?									1		
50	”	?	1										Rys. 1
53	”	?	1				1	1					Rys. 16
54	”	?					2					2	
55	”	?											
56	”	?			1	—	—			1		1	
57	”	?											
58	”	60										1	
59	”	?											
60	”	70											

materiału

Tabela B.

Nr. zwłok	Płeć męska	Wiek	Strona lewa: osklepkowe p.	Strona lewa: osklepkowe śr.	Strona lewa: osklepkowe t.	Strona lewa: nażebr. p.	Strona lewa: nażebr. t.	Strona prawa: osklepkowe p.	Strona prawa: osklepkowe śr.	Strona prawa: osklepkowe t.	Strona prawa: nażebr. p.	Strona prawa: nażebr. t.	Uwagi
7	„	36	1	1									
9	„	?	1				1		1			2	
14	„	?				—	—			1	—	—	
17	„	82	—	—	—					1	1		
19	„	?				—	—				—	—	
21	„	?									2	1	
22	„	?			1		1		1			1	
23	„	48				—	—		1	1			
25	„	?					1						
28	„	50		1	1	—	—			1	—	—	
33	„	23											
35	„	?	1									1	
37	„	20		1									
39	„	?			1	—	—			1	—	—	
41	„	50		1		1	1			1		1	
42	„	74		1			1		1	1		1	Rys. 13 i 15
43	„	?							1	2		2	Rys. 12
44	„	30			1		1			1		1	Rys. 17 i 18
45	„	?	—	—	—	—	—			2	—	—	Rys. 10
47	„	52		1	1		1						
48	„	?		1								1	
51	„	?			1					1			Rys. 5 i 6
52	„	?			1		1			1		1	Rys. 11 i 14
61	„	?			2								Rys. 7
62	„	80		1	1					1			Rys. 4 i 8
63	„	65	1		1					1			Rys. 9
64	„	70			1								
65	„	75											
66	„	80											

Uwaga: Objaśnienie oznaczeń:
p. = przedni;
śr. = środkowy;
t. = tylny;
? — nieznany wiek;

ilość znalezionych gruczołów danego ugrupowania oznaczono liczbami 1 lub 2; kreska pozioma w rubryce gruczołów oznacza, iż w danym przypadku wymienionych gruczołów nie szukano;

puste miejsce w rubryce gruczołów danego przypadku oznacza, iż poszukiwanych gruczołów nie znaleziono;

rych czytelnik z łatwością odczyta ilość i ułożenie poszukiwanych gruczołów w każdym poszczególnym przypadku; poza tym w uwagach podałem numery rysunków odtworzonych z danych przypadków.

Gruczoły nażebrowe zostały znalezione:

u m ę ż c z y z n:

po stronie lewej w 8 przypadkach na 23 (czyli w 35%),

po stronie prawej w 11 przypadkach na 24 (czyli w 46%);

u k o b i e t:

po stronie lewej w 5 przypadkach na 25 (czyli w 20%),

po stronie prawej w 10 przypadkach na 30 (czyli w 33%);

u d z i e c i:[3])

po stronie lewej w 5 przypadkach na 14 (czyli w 36%),

po stronie prawej w 5 przypadkach na 19 (czyli w 28%).

Tak się przedstawia częstość występowania gruczołów nażebrowych. O ile można sądzić na podstawie przytoczonych liczb, omawiane gruczoły częściej występują u mężczyzn niż u kobiet.

Ilość gruczołów nażebrowych w poszczególnych przypadkach przedstawia się następująco:

u m ę ż c z y z n:

po stronie lewej znaleziono w 7 przypadkach po 1 gruczole nażebrowym,

po stronie lewej znaleziono w 1 przypadku 2 gruczoły nażebrowe,

po stronie prawej znaleziono w 8 przypadkach po 1 gruczole nażebrowym,

po stronie prawej znaleziono w 2 przypadkach po 2 gruczoły nażebrowe,

po stronie prawej znaleziono w 1 przypadku 3 gruczoły nażebrowe;

u k o b i e t:

po stronie lewej znaleziono w 4 przypadkach po 1 gruczole nażebrowym,

po stronie lewej znaleziono w 1 przypadku 2 gruczoły nażebrowe,

po stronie prawej znaleziono w 8 przypadkach po 1 gruczole nażebrowym,

po stronie prawej znaleziono w 2 przypadkach po 2 gruczoły nażebrowe;

u d z i e c i:[3])

po stronie lewej znaleziono w 5 przypadkach po 1 gruczole nażebrowym,

po stronie prawej znaleziono w 4 przypadkach po 1 gruczole nażebrowym.

po stronie prawej znaleziono w 1 przypadku 3 gruczoły nażebrowe.

Z powyższego zestawienia wynikałoby, że u dzieci w poszczególnych przypadkach gruczoły nażebrowe występują mniej licznie niż u dorosłych.

Gruczoły osklepowe zostały znalezione:

u m ę ż c z y z n:

po stronie lewej w 18 przypadkach na 27 (czyli w 66%),

po stronie prawej w 16 przypadkach na 29 (czyli w 55%);

u k o b i e t:

po stronie lewej w 10 przypadkach na 35 (czyli w 28%),

po stronie prawej w 10 przypadkach na 36 (czyli w 28%);

u d z i e c i:[3])

po stronie lewej w 5 przypadkach na 14 (czyli w 36%),

po stronie prawej w 3 przypadkach na 19 (czyli w 17%).

Wydaje się niewątpliwym, że gruczoły osklepkowe występują częściej u mężczyzn niż u kobiet i u dzieci.

Ilość gruczołów osklepkowych w poszczególnych przypadkach układa się w sposób następujący:

---

[3]) Cytowano wg. pracy podanej w odnośniku 1).

u m ę ż c z y z n:

po stronie lewej znaleziono w 12 przypadkach po 1 gruczole osklepkowym,
po stronie lewej znaleziono w 6 przypadkach po 2 gruczoły osklepkowe;
po stronie prawej znaleziono w 12 przypadkach po 1 gruczole osklepkowym,
po stronie prawej znaleziono w 3 przypadkach po 2 gruczoły osklepkowe,
po stronie prawej znaleziono w 1 przypadku 3 gruczoły osklepkowe;

u k o b i e t:

po stronie lewej znaleziono w 6 przypadkach po 1 gruczole osklepkowym,
po stronie lewej znaleziono w 3 przypadkach po 2 gruczoły osklepkowe,
po stronie lewej znaleziono w 1 przypadku aż 4 gruczoły osklepkowe (!);
po stronie prawej znaleziono w 7 przypadkach po 1 gruczole osklepkowym,
po stronie prawej znaleziono w 2 przypadkach po 2 gruczoły osklepkowe,
po stronie prawej znaleziono w 1 przypadku 3 gruczoły osklepkowe (!);

u d z i e c i:[3]).

po stronie lewej znaleziono w 5 przypadkach po 1 gruczole osklepkowym,
po stronie prawej znaleziono w 3 przypadkach po 1 gruczole osklepkowym.

Jakkolwiek gruczoły osklepkowe występują częściej u mężczyzn niż u kobiet i dzieci, to jednak u kobiet w poszczególnych przypadkach występują one liczniej. Wszak to na zwłokach kobiet spostrzegano w jednym przypadku po stronie prawej trzy gruczoły osklepkowe (rys. 20), po stronie lewej (rys 21) aż cztery! (przyp. Nr 3). Z przytoczonej tabeli zbadanych przypadków wynika, że *tylko gruczoły osklepkowe tylne występują najczęściej i najliczniej,* bo *w ilości* do *dwóch gruczołów,* podczas gdy przednie i środkowe występują rzadziej i to tylko pojedyńczo. Przy tym należy pamiętać, iż gruczoły osklepkowe tylne są właśnie najtrudniejsze z pośród omówionych gruczołów *do usunięcia sposobem chirurgicznym.*

W poprzednio wymienionych pracach podzieliłem *gruczoły osklepkowe* na *przednie, środkowe i tylne.* Obecnie zebrany materiał pozwala uczynić dalszą specyfikację tych gruczołów. Obszar osklepka, na którym leżą gruczoły osklepkowe, ma kształt trójkąta, ograniczonego od tyłu przez tętnicę podobojczykową, od strony przyśrodkowej — przez tętnicę sutkową wewnętrzną, od boku — przez brzeg wewnętrzny pierwszego żebra; zatem szersza część, podstawa trójkąta zwrócona jest do tyłu, wierzchołek — do przodu (por. rys. 2). Gruczoł osklepkowy przedni leży w granicach wierzchołka opisanego trójkąta i wobec szczupłości miejsca nie ma możliwości na przesunięcia w ułożeniu. Gruczoł osklepkowy środkowy znajduje się już na szerszej części osklepka w granicach trójkąta, którego wielkość i kształt są zmienne. Więc zależnie od wielkości i kształtu opisanego trójkąta oraz od wielkości i kształtu samego gruczołu osklepkowego środkowego może ten ostatni leżeć bliżej pierwszego żebra lub tętnicy sutkowej wewnętrznej. Naprzykład na rysunkach: 8, 12 *a*, 13 *a* i 15 *a*, wymieniony gruczoł leży bliżej tętnicy sutkowej wewnętrznej, na rysunkach zaś 20 *b* i 21 *b* — leży bliżej brzegu wewnętrznego pierwszego żebra. Zatem można byłoby mówić o gruczole osklepkowym środkowym, ułożonym bardziej bocznie (przyżebrowo) lub bardziej przyśrodkowo (przytętniczo). W tym ostatnim ułożeniu gruczoł może wsuwać się pod tętnicę sutkową wewnętrzną jak na rys. 12 *a*. *Duży zakres wahań w ułożeniu topograficznym wykazuje gruczoł osklepkowy tylny.* Stąd też nazwy dla gruczołu osklepkowego tylnego: *tylno-przyśrodkowy* i *tylno-boczny. Gruczoł tylno - przyśrodko-*

wy leży bliżej tętnicy sutkowej wewnętrznej, w małym odstępie od niej jak np. na rys.: 3 *a*, 8, 9 *b*, 13 *b*, 16 *a*, 19 *a* i 20 *d*, lub ściśle do niej przylega jak na rys.: 4, 17 *a* i 18 *a*, lub leży pod nią jak na rys.: 5, 6 i 7, lub też wreszcie leży na niej jak na rys.: 10 *b*, 12 *b* i 21 *d*. Poza tym gruczoł osklepkowy tylno-boczny albo wysuwa się z pod mięśnia pochyłego szyi jak na rys. 7 *b*, 11 *b*, 19 *b i* 20 *d*, lub jest całkowicie pod nim ukryty jak np. na rys.: 12, 14 *a* i 21 *e*. Czasami gruczoł osklepkowy tylny zajmuje ułożenie pośrodkowe między przyśrodkowym a bocznym jak np. na rys. 2, czasami wsuwa się pod tętnicę podobojczykową jak np. na rys. 7 *a* i 19 *b*, lub też większą częścią leży na przedniej ścianie tętnicy podobojczykowej i tylko mniejszą częścią przylega do osklepka opłucnej jak np. na rys. 10 *b* i 17 *a*. Gdy gruczoł osklepkowy leży pod tętnicą sutkową wewnętrzną, to w tych przypadkach posiada mniej lub więcej głęboki wycisk rowkowaty dla tejże tętnicy jak np. na rys.: 5, 6 i 7. W przypadku wyobrażonym na rys. 7 rowek był bardzo głęboki, tak że zaszła pewna trudność w wydobyciu tego gruczołu.

Na osobne omówienie zasługuje jeszcze przypadek, odtworzony na rys. 11 (Nr zwłok 52). Widzimy tam gruczoł oznaczony literą *d*. Jeśli dla porównania obejrzymy kolejno rysunki: 12 *b*, 17 *a* i 10 *b*, to odniesiemy wrażenie, że *gruczoł osklepkowy tylno-przyśrodkowy* wyobrażony na tych rysunkach ulega stopniowemu wzniesieniu tak, że w przypadku, uwidocznionym na rys. 11 gruczoł *d* uległ większemu wzniesieniu i stracił przez to styk z osklepkiem opłucnej. Gruczoł ten znacznych rozmiarów nie został uwzględniony w moich zestawieniach i tablicach, jednak należałoby go zaliczyć do grupy gruczołów osklepkowych tylno-przyśrodkowych o nietypowym położeniu, a mianowicie: leży on w większej części pod mięśniem pochyłym przednim szyi, na tętnicy podobojczykowej prawej, wciśnięty w kąt utworzony przez tętnicę podobojczykową i pień tętnicy tarczowo-karkowej *(truncus thyreo-cervicalis)*; w mniejszej części wychodzi na przednią powierzchnię mięśnia pochyłego szyi, przyciśnięty doń przez wymieniony pień tętniczy i jego odgałęzienia; posiada głębokie rowki dla tętnic, jest wydłużony i dolnym biegunem zwisa tuż nad osklepkiem opłucnej, jednak nie kontaktując z nim wcale. Opisany gruczoł wydobyto z dużą trudnością wskutek jego ścisłego domodelowania się i przylegania do otoczenia.

W odniesieniu do gruczołów osklepkowych przednich należy uczynić następujące zastrzeżenie: przednia część osklepka, ograniczona od przodu przez wewnętrzny brzeg I-go żebra, od tyłu — przez żyłę podobojczykową i od strony przyśrodkowej — przez tętnicę sutkową wewnętrzną, nie zawsze daje się stwierdzić: często jest przykryta przez żyłę podobojczykową. Zależy to od ukształtowania klatki piersiowej (wdechowo czy też wydechowo ustawionej). Poza tym przestrzeń osklepka w powyższym ograniczeniu częściej występuje po stronie lewej niż po prawej, co znowu zależy od różnicy w przebiegu żył bezimiennych (prawa żyła bezimienna biegnie prawie pionowo, lewa — więcej poziomo, skośnie). Dlatego też częściej występują przednie gruczoły osklepkowe po stronie lewej niż po prawej. W przytoczonym materiale u mężczyzn po stronie prawej ani razu nie stwierdzono obecności przednich gruczołów osklepkowych, u kobiet zaś tylko w 3-ch przypadkach, podczas gdy po stronie lewej u mężczyzn — w 4-ch przypadkach, u kobiet zaś — w 6 przypadkach.

W powyżej podanych obliczeniach osobno brano pod uwagę występowanie gruczołów po stronie lewej i osobno po stronie prawej, gdyż gruczoły nie zawsze występu-

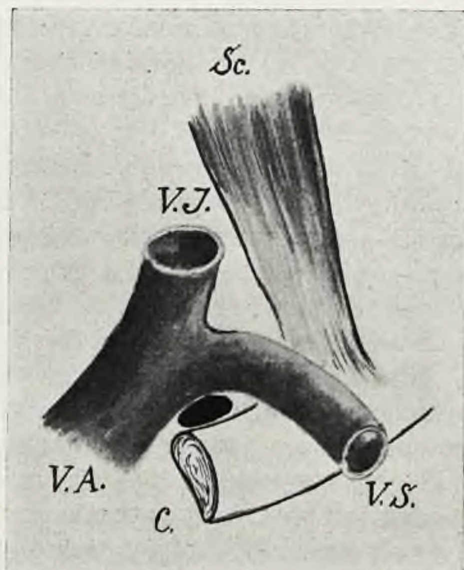
ją symetrycznie. Widać to na przykładzie gruczołów osklepkowych (por. tabele). Jednak równie słuszne jest obliczenie ogólnej częstości występowania gruczołów osklepkowych tj. bez uwzględnienia podziału na płeć oraz na stronę lewą i prawą. Zatem jak wynika z tabeli w 36 przypadkach na 65 stwierdzono występowanie gruczołów osklepkowych, co równa się 55%. Stąd wniosek: *gruczoły osklepkowe występują przeszło w połowie przypadków.* Odnosi się wrażenie, że *gruczoły osklepkowe występują u dorosłych nie tylko liczniej, lecz i częściej,* gdyż obliczenie odnośnego materiału, otrzymanego z badań zwłok dzieci, daje ogólną częstość występowania gruczołów osklepkowych w wysokości 29%. Czy rzeczywiście tak jest naprawdę — trudno stwierdzić z całą pewnością, gdyż należy o tym pamiętać, że wyniki badań zwłok dzieci otrzymano w innych warunkach niż wyniki badań zwłok dorosłych, a mianowicie: w obliczeniach gruczołów osklepkowych u dzieci brano pod uwagę tylko te gruczoły, które zostały nastrzykane masą kontrastową; więc mogło się zdarzyć niejednokrotnie tak, co trudno wykluczyć, że nie wszystkie gruczoły osklepkowe zostały nastrzykane. Jeżeli w niniejszej pracy podano częstość występowania poszczególnych gruczołów w odsetkach, to tylko dla orientacji i bez pretensji do bezwzględnej stałości tych liczb, gdyż w czasie przeprowadzania badań spostrzeżono serie zwłok, na których stwierdzono lub nie stwierdzono obecności gruczołów osklepkowych, tak że przerwanie badań na jednej z tych serii dałoby wynik liczbowy albo za wysoki albo za niski. By uniknąć tej przypadkowości bezwzględnie należałoby zbadać znacznie większy materiał, jakkolwiek użyty materiał do badań nie wydaje się być małym pod względem ilościowym (66 zwłok!). Jeszcze jeden szczegół pozostaje do omówienia, a mianowicie wielkość i kształt gruczołów; przegląd przytoczonych rysunków daje wymowny obraz tego zagadnienia. Na rysunkach starano się zachować proporcje gruczołów, lecz dla tym lepszej ścisłości podano w tekstach objaśniających wymiary tych gruczołów w centymetrach, zachowując następującą kolejność: długość, szerokość, grubość.

Niektóre gruczoły wskutek wydłużonego kształtu utrudniają przydzielenie ich do jednej z określonych grup, tak że zachodzi potrzeba nadania im nazwy mieszanej jak np. na rys. 12 widzimy gruczoł osklepkowy *a,* który nazwałem przednio-środkowym, gdyż zajmuje miejsce gruczołów osklepkowych przedniego i środkowego. Czasami gruczoły występują w postaci zupełnie nieforemnej bryły jak np. na rys. 12 *d* i 13 *d.*

O dopływach gruczołów chłonnych można sądzić: albo z ich topograficznego układu, albo z wyników nastrzykiwania mniej lub więcej odległych tkanek, albo (nie zawsze) ze zmian ogniskowych i ich przerzutów do gruczołów okolicznych.

Z topograficznego układu gruczołów osklepkowych i nażebrowych można sądzić, że między innymi otrzymują one dopływ naczyń limfatycznych wychodzących z opłucnej ściennej. W niektórych przypadkach obserwowałem zmiany pylicze w wymienionych gruczołach bez podobnych zmian w sąsiednich gruczołach (nadobojczykowych). Zatem zmiany pylicze omawianych gruczołów świadczą o połączeniu limfatycznym tych gruczołów z opłucną. Nadto wielkość gruczołów w większej części przypadków była zawsze w związku z gruźlicą płuc badanych osobników. O połączeniu limfatycznym gruczołów nażebrowych i osklepkowych z wątrobą, otrzewną, przeponą, z gruczołami naprzeponowymi zostało już napisane w cytowanej poprzednio pracy (1937), na podstawie specjalnych badań, drogą nastrzykiwania masą kontrastową.

Kończąc muszę zaznaczyć, że w niniejszej rozprawie zależało mi głównie na stwierdzeniu, że gruczoły osklepkowe i nażebrowe występują nie tylko u dzieci, lecz i u dorosłych, oraz z tego powodu na szczególnym podkreśleniu, że wnioski praktyczne, oparte na zbadaniu zwłok dzieci w poprzednich pracach, są słuszne w całej rozciągłości w odniesieniu do dorosłych.



Rys. 1. Gruczoł osklepkowy przedni.

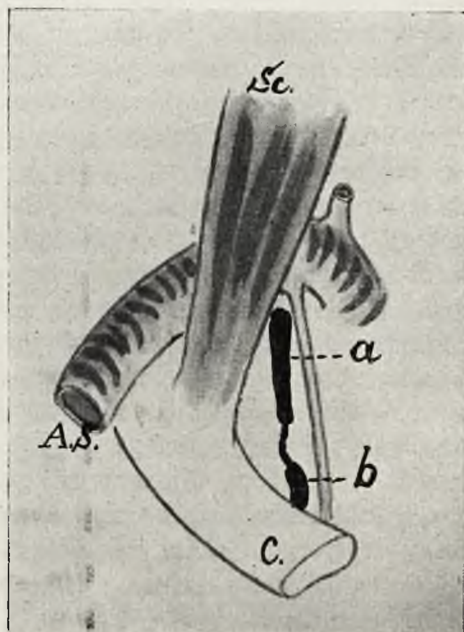
OBJAŚNIENIA RYCIN.

Wszystkie ryciny przedstawiają okolicę kąta żylnego.

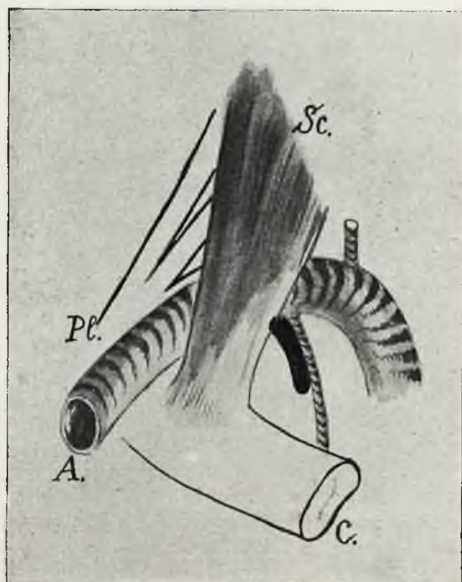
Gruczoły limfatyczne zostały oznaczone czarnym tuszem i ich wymiary zostały oznaczone w centymetrach w następującej kolejności: długość, szerokość i grubość.

Sc. = *musculus scalenus anticus.*
C. = *costa prima;*
A. = A. S. = *arteria subclavia;*
V.J. = *vena jugularis interna;*
V.A. = *vena anonyma;*
V.S. = *vena subclavia;*
Pl. = *plexus brachialis;*
m.i. = *arteria mammaria interna;*
Tr. th. = *truncus thyreocervicalis.*

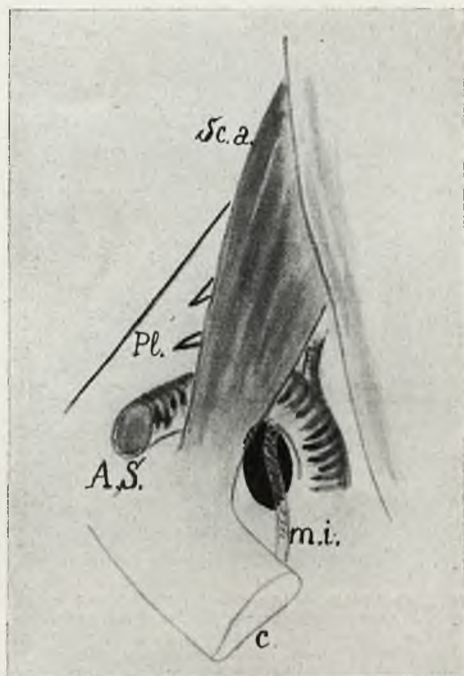

Rys. 2. Gruczoł osklepkowy tylny (wymiary 0,6 × 0,4 × 0,3).



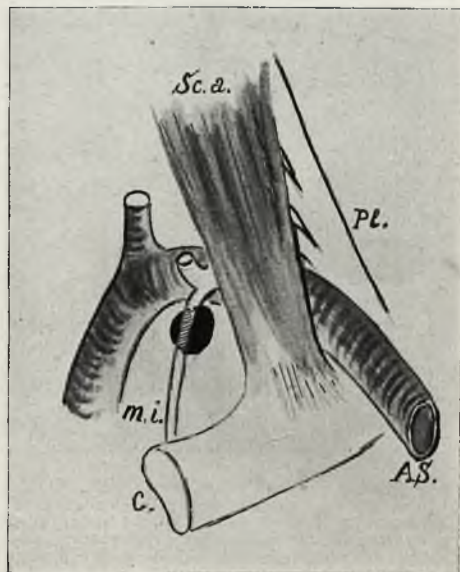
Rys. 3. Dwa gruczoły osklepkowe pyliczo zmienione i silnie wydłużone; **a** — gruczoł osklepkowy tylny (o wymiarach 2,0 × 0,5); **b** — gruczoł osklepkowy przedni. Oba gruczoły są połączone ze sobą naczyniem limfatycznym.



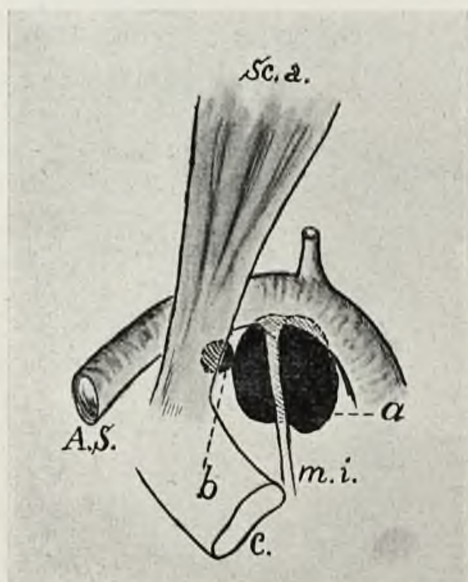
Rys. 4. Gruczoł osklepkowy tylny, kształtu wydłużonego, leży tuż przy tętnicy sutkowej wewnętrznej, przylegając tylnym biegunem do tętnicy podobojczykowej. Wymiary gruczołu osklepkowego 1,7 × 0,6. Ze względu na ułożenie tego gruczołu można go nazwać gruczołem osklepkowym **tylno-przyśrodkowym.**



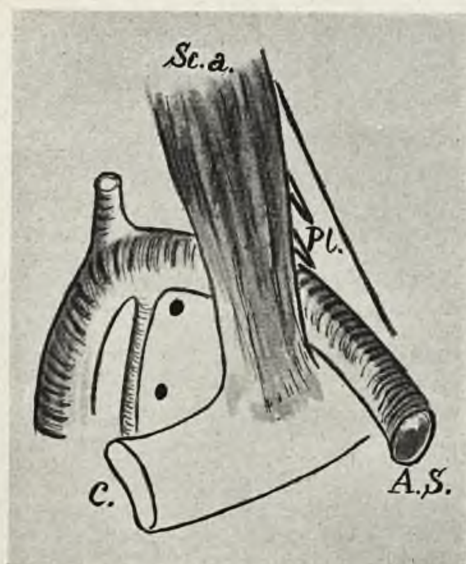
Rys. 5. Gruczoł osklepkowy tylno-przyśrodkowy leży częściowo pod tętnicą sutkową wewnętrzną. Wymiary gruczołu 1,9 × 1,3 × 0,7.



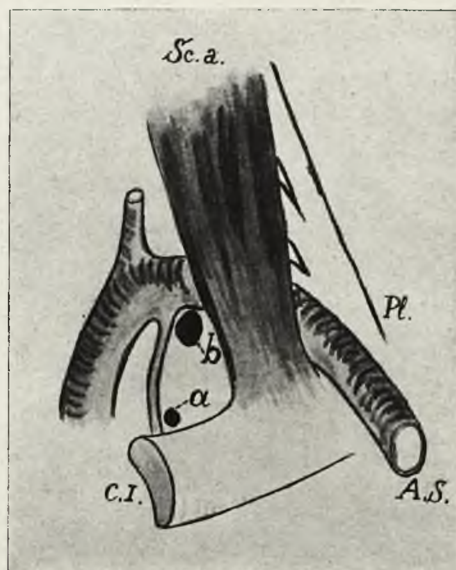
Rys. 6. Gruczoł osklepkowy tylno-przyśrodkowy nieco mniejszych wymiarów od poprzedniego (rys. 5), również leży częściowo pod tętnicą sutkową wewnętrzną i posiada na górnej swej powierzchni wycisk rowkowaty dla tejże tętnicy.



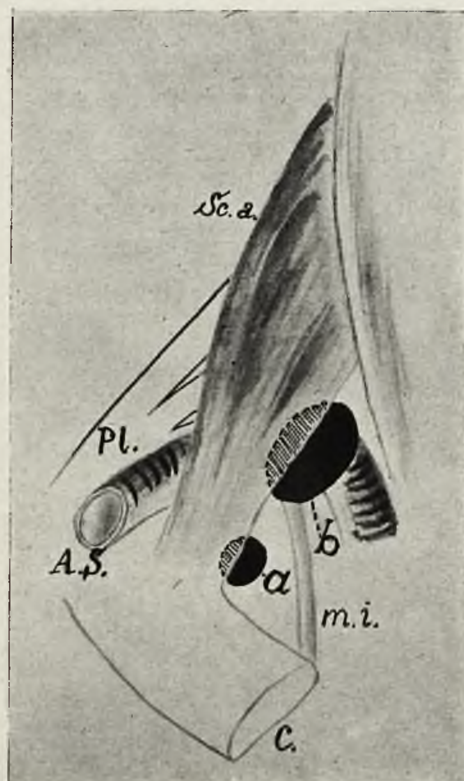
Rys. 7. Dwa gruczoły osklepkowe tylne: **a** — przyśrodkowy, bardzo duży, oraz **b** — boczny, znacznie mniejszy. Gruczoł osklepkowy tylno-przyśrodkowy **a** tylnym biegunem leży pod tętnicą podobojczykową; na górno-przedniej jego powierzchni znajduje się głęboki **rowek,** przez który przebiega tętnica sutkowa wewnętrzna; na przednim i tylnym biegunie znajdują się wręby; nienaturalna wielkość gruczołu (wymiary 2,3 × 1,8 × 1,0) oraz wręby świadczą o powstaniu gruczołu ze zlania się dwóch gruczołów wskutek procesu zapalnego (duże zmiany gruźlicze w płucach).



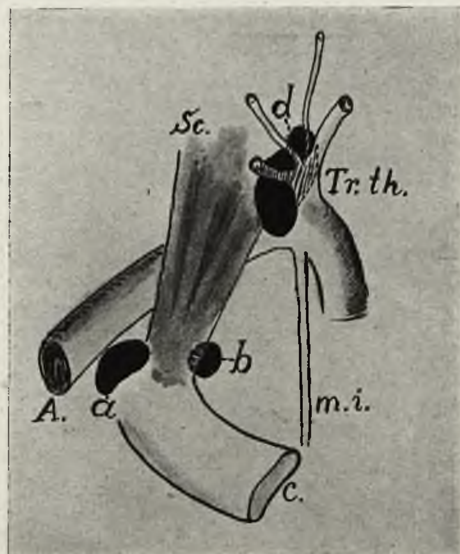
Rys. 8. Dwa bardzo małe gruczoły osklepkowe: jeden z nich środkowy drugi tylno przyśrodkowy.



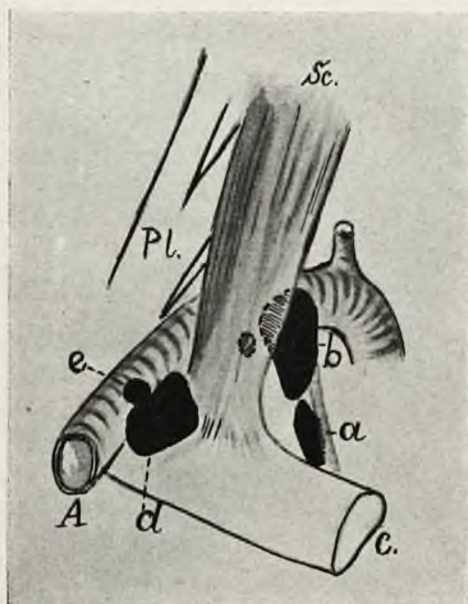
Rys. 9. Dwa gruczoły osklepkowe: **a** — przedni, **b** — tylno-przyśrodkowy.



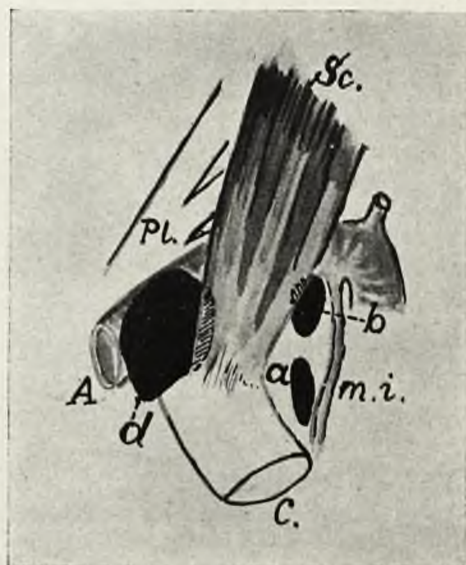
Rys. 10. Dwa gruczoły osklepkowe tylne: **a** — mniejszy, tylno-boczny, o wymiarach 0,5 × 0,5; **b** — znacznie większy, owalny, tylno-przyśrodkowy o wymiarach 2,0 × 1,0 × 0,75. Gruczoł tylno-boczny leży bardziej do przodu i częściowo wychodzi z pod mięśnia pochyłego przedniego szyi, gruczoł zaś tylno-przyśrodkowy leży bardziej do tyłu na tętnicy podobojczykowej i sutkowej wewnętrznej dotykając dolnym biegunem osklepka opłucnej.



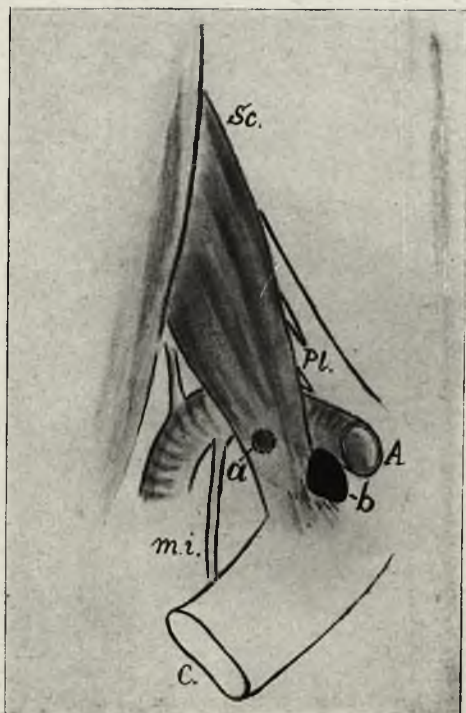
Rys. 11. **a** — gruczoł nażebrowy tylny; **b** — gruczoł osklepkowy tylno-boczny; ponadto widać jeszcze jeden gruczoł **d**, którego, ze względu na jego ułożenie topograficzne, nie można zaliczyć ani do gruczołów osklepkowych we właściwym tego słowa znaczeniu, ani do gruczołów innych ugrupowań, jakie są znane na szyi. Gruczoł ten **(d)** w części znajduje się pod mięśniem pochyłym przednim szyi **(Sc.)**, wciśnięty między ten mięsień, tętnicę podobojczykową oraz pień tętnicy tarczowo-karkowej **(Tr. th.)**, w części zaś wychyla się z pod mięśnia pochyłego, leżąc na jego przedniej powierzchni, przyciśnięty przez odgałęzienia tętnicy tarczowo-karkowej (truncus thyreo-cervicalis); dolnym biegunem nie dotyka osklepka opłucnej; jest duży, kształtu wydłużonego i posiada wyciski rynienkowate dla przylegających doń tętnic.



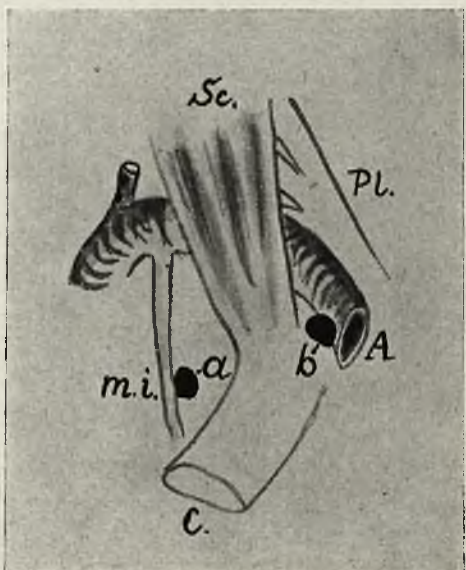
Rys. 12. Dwa gruczoły osklepkowe: **a** — przednio-środkowy długości 1,8 cm. przylega do tętnicy sutkowej wewnętrznej; **b** — tylno-przyśrodkowy o wymiarach 2,2 × 0,9 × 0,9 częściowo leży na tętnicy sutkowej wewnętrznej oraz tylnym tępym biegunem przylega do tętnicy podobojczykowej. Dwa gruczoły nażebrowe tylne z których jeden **(d)** ma kształty nieregularnej bryły o wymiarach 1,9 × 1,2 × 1,2, **drugi (e)** mały leży na nim i przylega do tętnicy podobojczykowej.



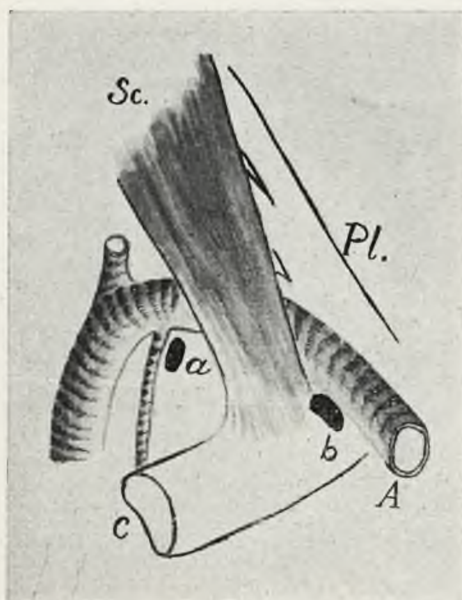
Rys. 13. Dwa gruczoły osklepkowe **a** i **b**. Gruczoł osklepkowy tylno-przyśrodkowy **b** długości 1,2 cm przylega tylnym biegunem do tętnicy podobojczykowej, gruczoł osklepkowy środkowy **a** kształtu wydłużonego długości 1,2 cm. leży bliżej tętnicy sutkowej wewnętrznej; **d** — gruczoł nażebrowy tylny, kształtu bryłowatego o wymiarach 2,2 × 1,5 × 1,2 jest częściowo wsunięty między mięsień pochyły przedni szyi a tętnicę podobojczykową.



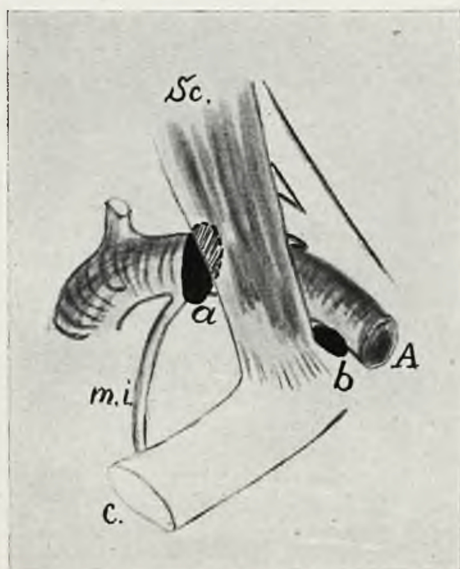
Rys. 14. **a** — gruczoł osklepkowy tylny, głęboko ukryty pod mięśniem pochyłym przednim szyi, częściowo wchodzi pod tętnicę podobojczykową; **b** — gruczoł nażebrowy tylny.



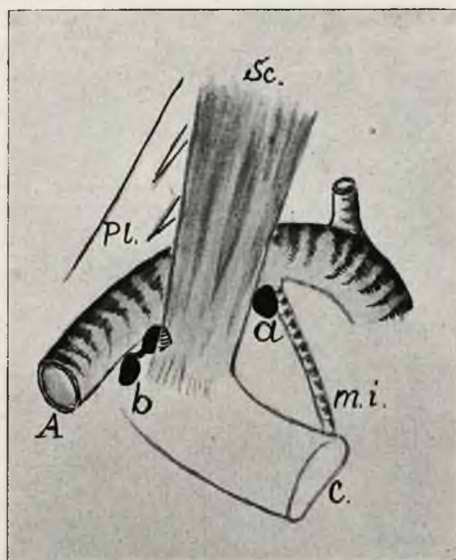
Rys. 15. Dwa małe gruczoły jeden **a** osklepkowy środkowy przylega do tętnicy sutkowej wewnętrznej, drugi **b** nażebrowy tylny częściowo wchodzi pod tętnicę podobojczykową.



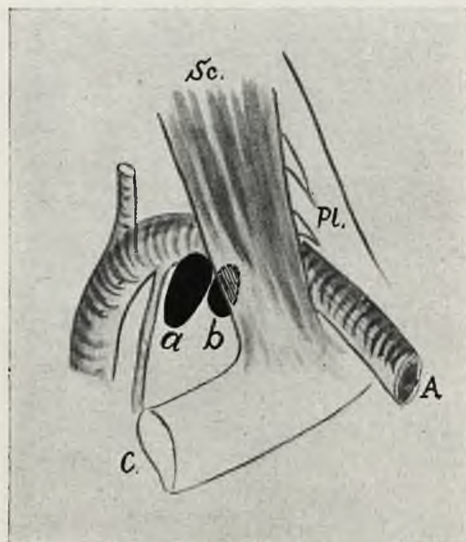
Rys. 16. Dwa gruczoły kształtu wydłużonego: **a** — osklepkowy tylno-przyśrodkowy; **b** — nażebrowy tylny, nieznacznie przylega do tętnicy podobojczykowej.



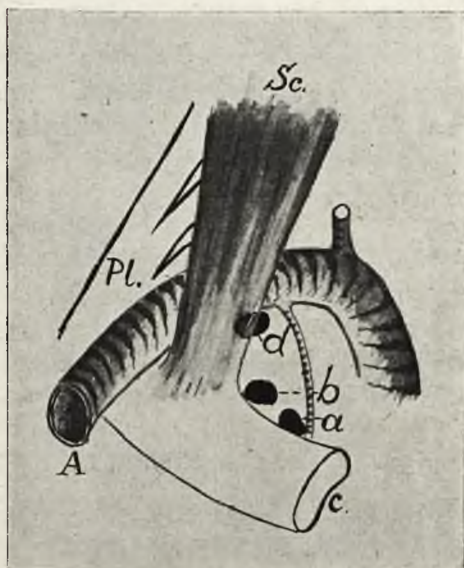
Rys. 17. Dwa gruczoły o odmiennym ułożeniu niż w poprzednim przypadku (rys. 16) jakkolwiek należą do tych samych grup. **a** — gruczoł osklepkowy tylno-przyśrodkowy, dość duży, ułożony prawie pionowo, przylega tylną powierzchnią do tętnicy podobojczykowej, dotykając dolnym swym biegunem do osklepka opłucnej; **b** — gruczoł nażebrowy tylny, ułożony równolegle do tętnicy podobojczykowej, częściowo wsuwa się między tę tętnicę i mięsień pochyły szyi **(Sc.)**.



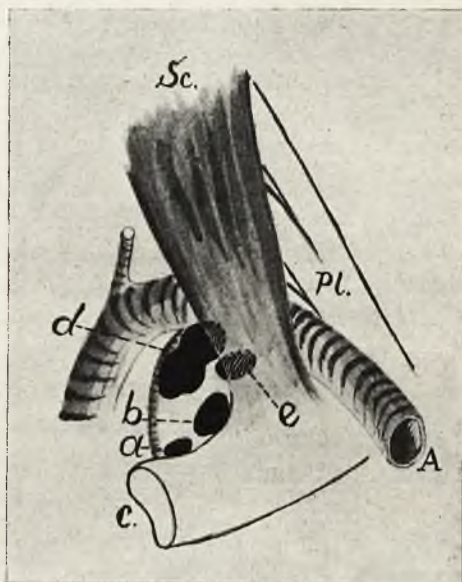
Rys. 18. **a** — gruczoł osklepkowy tylno-przyśrodkowy leży ściśle w kącie zewnętrznym, utworzonym przez tętnicę podobojczykową i sutkową wewnętrzną; b — dwa gruczoły nażebrowe tylne przylegają do tętnicy podobojczykowej; jeden z nich leżący bardziej przyśrodkowo znajduje się w szczelinie utworzonej przez mięsień pochyły szyi i tętnicę podobojczykową.



Rys. 19. Dwa gruczoły osklepkowe tylne o dużych wymiarach i kształtach wydłużonych są ułożone równolegle do tętnicy sutkowej wewnętrznej. **a** — gruczoł osklepkowy tylno-przyśrodkowy (wymiary 1,6 × 0,8 × 0,6); **b** — gruczoł osklepkowy tylno-boczny (wymiary 1,0 × 0,6 × 0,4). Oba gruczoły przylegają tylnymi biegunami do tętnicy podobojczykowej.



Rys. 20. Przypadek trzech gruczołów osklepkowych prawych (kobieta lat 32). **a** — gruczoł osklepkowy przedni, **b** — środkowy, przylegający do wewnętrznego brzegu pierwszego żebra, **d** — tylnoprzyśrodkowy, przylegający do tętnicy podobojczykowej.



Rys. 21. Przypadek czterech gruczołów osklepkowych lewych u tej samej kobiety j. w. **a** — gruczoł osklepkowy przedni, **b** — środkowy, przylegający do wewnętrznego brzegu żebra oraz **e**, **d** — dwa gruczoły osklepkowe tylne: **e** — tylnoboczny; d — tylno-przyśrodkowy, bardzo duży z wrębami, ułożony jest równolegle do tętnicy sutkowej wewnętrznej i tylnym swym biegunem wchodzi pod tętnicę podobojczykową.

RÉSUMÉ.

Ganglions lymphatiques du dôme pleural et ganglions sur-costaux chez les adultes

par
H. Śledziewski.

Nos connaissances anatomiques du système lymphatique de l'Homme sont appuyées principalement sur les résultats des examens des cadavres des nouveau-nés et des nourrissons. Les résultats, obtenus de cette manière, sont admis comme dominants chez les adultes. Même les chirurgiens procèdent de cette façon bien qu'on rencontre souvent l'opinion que le système lymphatique est mieux développé chez l'enfant que chez l'adulte. C'est pourquoi certains auteurs tâchent d'affirmer les résultats de leurs recherches, réalisées sur les cadavres des enfants, par des examens des cadavres des adultes.

Dans mon travail précédent, appuyé sur l'examen de 24 cadavres des enfants à l'âge de 3 mois à 2 ans, et traitant des ganglions lymphatiques du dôme pleural et des ganglions sur-costaux en rapport avec la technique de l'ablation du sein cancereux, j'ai tiré une série de conclusions et de remarques concernant l'Homme adulte, bien que le matériel scientifique ait été restreint exclusivement aux cadavres des enfants. Pour éviter le reproche éventuel qu'on ne sait proprement pas jusqu'à quel dégré mes conclusions, concernant l'Homme adulte, sont justes — j'ai réalisé des recherches sur les cadavres de 66 personnages adul-

tes et elles concernent la fréquence de l'apparition des ganglions lymphatiques surcostaux et de ceux du dôme pleural, décrits pour la première fois par moi.

Les ganglions surcostaux ont été trouvés:

chez les hommes:

du côté gauche dans 35%,
du côté droit dans 46%;

chez les femmes:

du côté gauche dans 20%,
du côté droit dans 33%.

C'est ainsi que se présente la fréquence de l'apparition des ganglions sur-costaux. Si l'on peut juger sur les fondement des nombres cités, les ganglions discutés apparaissent plus souvent chez les hommes que chez les femmes.

La quantité des ganglions sur-costaux dans des cas particuliers se présente de façon suivante:

chez les hommes:

du côté gauche on a trouvé dans 7 cas à 1 g. sur-costal,
du côté gauche on a trouvé dans 1 cas 2 gg. sur-costaux,
du côté droit on a trouvé dans 8 cas à 1 g. sur-costal,
du côté droit on a trouvé dans 2 cas à 2 gg. sur-costaux,
du côté droit on a trouvé dans 1 cas 3 gg. sur-costaux;

chez les femmes:

du côté gauche on a trouvé dans 4 cas à 1 g. sur-costal,
du côté gauche on a trouvé dans 1 cas 2 gg. sur-costaux,
du côté droit on a trouvé dans 8 cas à 1 g. sur-costal,
du côté droit on a trouvé dans 2 cas à 2 gg. sur-costaux.

Il faut remarquer que dans des cas particuliers les ganglions surcostaux apparaissent chez les enfants dans un nombre plus petit que chez les adultes.

Les ganglions du dôme pleural ont été trouvés:

chez les hommes:

du côté gauche dans 66%,
du côté droit dans 55%;

chez les femmes:

du côté gauche dans 28%,
du côté droit dans 28%.

Il semble certain que les ganglions du dôme pleural apparaissent plus souvent chez les hommes que chez les femmes et les enfants.

La quantité de ganglions du dôme pleural dans des cas particuliers se groupe de façon suivante:

chez les hommes:

du côté gauche on a trouvé dans 12 cas à 1 g. du dôme pleural,
du côté gauche on a trouvé dans 6 cas à 2 gg. du dôme pleural,
du côté droit on a trouvé dans 12 cas à 1 g. du dôme pleural,
du côté droit on a trouvé dans 3 cas à 2 gg. du dôme pleural,
du côté droit on a trouvé dans 1 cas 3 gg. du dôme pleural;

chez les femmes:

du côté gauche on a trouvé dans 6 cas à 1 g. du dôme pleural,
du côté gauche on a trouvé dans 3 cas à 2 gg. du dôme pleural,
du côté gauche on a trouvé dans 1 cas 4 gg. du dôme pleural (!) Fig. 21,

du côté droit on a trouvé dans 7 cas à 1 g. du dôme pleural,

du côté droit on a trouvé dans 2 cas à 2 gg. du dôme pleural,

du côté droit on a trouvé dans 1 cas 3 gg. du dôme pleural (!) Fig. 22.

Bien que les ganglions du dôme pleural apparaissent plus souvent chez les hommes que chez les femmes et les enfants, dans des cas particuliers ils apparaissent chez les femmes dans un nombre plus grand que chez les hommes et les enfants.

Dans les calculs cités plus haut on a tenu compte séparement de l'apparition des ganglions du côté gauche et séparement — du côté droit parce que ce n'est pas toujours que les ganglions apparaissent symmétriquement. On le voit sur l'exemple des ganglions du dôme pleural (comp. les tables *A* et *B*). Le calcul de la fréquence générale de l'apparition des ganglions du dôme pleural, c'est-à-dire sans tenir compte de la division en sexe et en côtés, est cependant juste aussi. Comme il résulte donc des tables *(A* et *B)*, dans 36 cas sur 65 on a constaté l'apparition des ganglions du dôme pleural, ce qui fait 55%. D'où la conclusion: *les ganglions du dôme pleural apparaissent plus que dans la moitié des cas.* On a l'impression que les ganglions du dôme pleural apparaissent chez les adultes pas seulement en plus grand nombre, mais aussi plus souvent, car le calcul du matériel, réçu des examens des cadavres des enfants, donne la fréquence générale de l'apparition des ganglion du dôme pleural — 29%.

Encore un détail reste à discuter et notamment la grandeur et la forme des ganglions; la revue des desseins cités donne une image nette de ce problème.

Dans le présent travail on a temu surtout à constater que les ganglions du dôme pleural et les ganglions sur-costaux apparaissent pas seulement chez les enfants mais aussi chez les adultes, et à souligner à cause de cela que les conclusions pratiques dans mes travaux précédents, appuyées sur l'examen des cadavres des enfants, sont justes dans toute leur étendue, par rapport aux adultes.

KAZUISTYKA

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala im. G. Narutowicza w Krakowie
Ordynator *Dr Jerzy Jasieński.*

Przypadek ropnia śledziony

podał
Dr Roman Wolański.

W piśmiennictwie chirurgicznym polskim lat ostatnich pośród dość licznych doniesień poświęconych chirurgii śledziony znajdujemy jedną tylko drobną wzmiankę dotyczącą jej ropni. *Płońskier* w artykule p. t. „O topograficznej współzależności niektórych zmian anatomopatologicznych w śledzionie i żołądku", opisując cztery przypadki sekcyjne wrzodu względnie raka żołądka drążącego do śledziony, wspomina również o tym, że spostrzegał podczas badania pośmiertnego przypadek rozmiękającego zawału dolnego bieguna śledziony, który wystąpił w przebiegu wrzodziejącego zapalenia wsierdzia. W przypadku tym, mimo zniszczenia torebki śledziony i przejścia sprawy ropnej do worka śledzionowego, nie doszło do zapalenia otrzewnej całej

jamy brzusznej. Tocząca się w śledzionie sprawa ropna może przez dłuższy czas pozostawać odgraniczona od reszty jamy brzusznej; fakt ten tłumaczy *Płońskier* warunkami anatomicznymi, więzadło przeponowo-okrężnicze, podtrzymujące od dołu śledzionę, zamyka bowiem niejako worek, w którym ten narząd spoczywa.

Sprawa ropni śledziony, jak to słusznie podniósł w roku 1926 na Międzynarodowym Zjeździe Chirurgów w Rzymie *Henschen,* jest dotychczas traktowana po macoszemu, prawdopodobnie wskutek względnej rzadkości występowania schorzenia, mimo iż wczesne jego rozpoznanie i leczenie jest kwestią niezmiernie żywotną. Podręczniki poświęcają ropniom śledziony bardzo niewiele miejsca, przy czym nie wszystkie rozwiązują zagadnienie ich leczenia. To też przy sposobności omawiania niedawno operowanego przypadku, uważam za celowe obszerniej poruszyć tę sprawę.

Historia choroby naszej chorej P. W., lat 27, przedstawia się następująco: Wywiady rodzinne bez znaczenia. Przed szesnastu laty przechodziła zapalenie stawów; od tego czasu miewa dolegliwości sercowe. Jak podaje przed rokiem przeszła zapalenie opon mózgowych. Od dwu lat miewała bóle w prawym podżebrzu o charakterze napadowym, powtarzające się w odstępach kilkumiesięcznych. Ostatni napad bólów wystąpił w miesiąc po porodzie, przy czym towarzyszyła mu żółtaczka i wysoka gorączka. W ciągu kilku tygodni przebywała na oddziale wewnętrznym; skarżyła się na kłucie w okolicy serca, gniecenie w dołku podsercowym i podżebrzu prawym. Ze względu na dodatni odczyn dwuazowy w moczu, myślano początkowo o durze brzusznym, jednakże odczyn Widala dał wynik ujemny. Chora wysoko gorączkowała, miewała dreszcze, bóle głowy, była silnie osłabiona i traciła na wadze. Z krwi wyhodowano enterokoki, wobec czego rozpoznano ogólne zakażenie krwi, pozostające w związku ze schorzeniem woreczka żółciowego. W stanie znacznej poprawy opuściła oddział na własne żądanie. Zgłosiła się jednak ponownie już po upływie dwu tygodni z powodu krwawienia z dziąseł i nosa oraz wysokiej gorączki.

Przy przyjęciu stwierdzono: Chora wzrostu średniego, wątła, źle odżywiona. Skóra i śluzówki wybitnie blade. Gruczoły chłonne szyjne i gruczoł tarczykowy nie powiększone. Klatka piersiowa oddechowo słabo ruchoma. Wypuk nad płucami jawny, szmery oddechowe pęcherzykowe. Lewa granica stłumienia serca dochodzi do przedniej linii pachowej, prawa znajduje się w odległości 4 cm od brzegu mostka. Nad koniuszkiem serca słyszalny silny szmer skurczowy, nad tętnicami główną i płucną — szmer rozkurczowy. Akcja serca przyśpieszona; tętno 108 uderzeń na minutę, miarowe, średnio napięte. Ciśnienie krwi 150/60 RR. Rentgen wykazał delikatne jednostajne zacienienie części przywnękowej prawego płuca, jako prawdopodobne zejście przebytego zawału lub zapalenia płuc. Serce znacznie powiększone, ułożone poziomo, posiada konfigurację aortalno-mitralną.

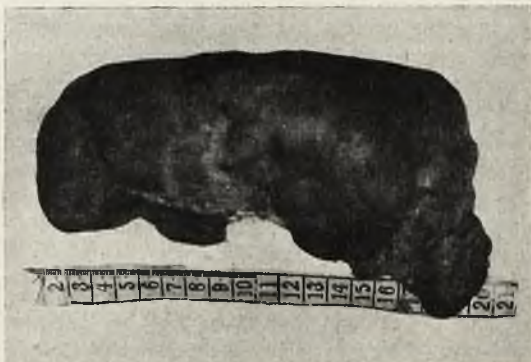
Brzuch był wysklepiony prawidłowo. Dolny brzeg wątroby sięgał na 5 palców poniżej łuku żebrowego; powierzchnia jej była gładka, twarda, bolesna. W lewym podżebrzu, w miejscu odpowiadającym śledzionie, wyczuwało się guz dość twardy, gubiący się pod łukiem żebrowym, o równej powierzchni, oddechowo ruchomy, na ucisk tkliwy. W moczu stwierdzono: 1% białka, w osadzie zaś do 20 krwinek w polu widzenia, 3 do 5 leukocytów, pojedyńcze wałeczki szkliste i ziarniste. We krwi stwierdzono 2984000 krwinek, 43,3% hemoglobiny, wskaźnik 0,8. Liczba ciałek białych — 4,950. Biały obraz krwi: leukocytów obojętnochłonnych 52%, kwasochłonnych 2%, limfocytów 43% i ciałek jednojądrzastych 3%. Czas krwawienia 5½ minuty; początek krzepnięcia po 14 minutach, koniec po 17 minutach. Objaw opaskowy wybitnie dodatni. Szybkość opadania czerwonych ciałek krwi była znacznie przyspieszona: po 1 godzinie 147 mm, po 2 godzinach 155 mm. W stolcu znaleziono krew utajoną. Chora gorączkowała do 39°.

Guz, stwierdzony w podżebrzu lewym, z dnia na dzień się powiększał, a równocześnie z tym powiększała się anemia i pogarszał stan ogólny chorej. Przeprowadzone badanie urologiczne wykazało, że guz nie pozostaje w związku z lewą nerką. Podejrzewając ropień śledziony, zaproponowano chorej zabieg operacyjny, na który zgodziła się dopiero po dwutygodniowym namyśle. Badanie przeprowadzone przed zabiegiem wykazało, że guz, znajdujący się w lewej części brzucha, posiada już wielkość głowy dziecka, w górze gubi się pod łukiem żebrowym, w dole sięga do talerza biodrowego, ku wewnątrz zaś dochodzi do linii środkowej

ciała. Przy ucisku na okolicę lędźwiową guz unosił się ku przodowi. Guz miał kształt obły, spoistość niejednolicie twardą i nierówną powierzchnię, był nieruchomy oddechowo, a na ucisk tkliwy. Wątroba, znajdująca się 4 palce poniżej łuku żebrowego, posiadała brzeg ostry i nie była bolesna przy ucisku. Przepona wysoka ustawiona, gorzej ruchoma, zwłaszcza po stronie prawej. Dolne części płuc zagęszczone, serce znacznie powiększone, leżące. W moczu ślad białka, nieliczne krwinki czerwone, wałeczki szkliste i ziarniste oraz dość liczne leukocyty. We krwi stwierdzono 2,500.000 krwinek, 20,000 leukocytów, 40% hemoglobiny, wskaźnik 0,8. Biały obraz krwi: leukocytów obojętnochłonnych segmentowanych 61%, pałeczkowatych 17%, młodych 2%, kwasochłonych 1%, limfocytów 12% i jednojądrzastych 7%. Czas krwawienia 10 minut, czas krzepnięcia 9 minut. Krwinki były blade; stwierdzono mierną anizo- i poikylocytozę.

Z rozpoznaniem ropnia śledziony przystąpiono do zabiegu operacyjnego *(Dr Jasieński)*, który przeprowadzono w uśpieniu sennarkolowym. Cięcie powłok skośne, równoległe do łuku żebrowego. Po otwarciu jamy brzusznej okazało się, że mamy do czynienia ze śledzioną olbrzymich rozmiarów, chełbocącą, wyglądającą jak jeden wielki worek wypełniony ropą. Powierzchnia śledziony nie była zrośnięta z otrzewną ścienną powłok brzusznych; mocne zrosty zespalały natomiast górny jej biegun z wątrobą i przeponą, a okolicę wnęki z żołądkiem i poprzecznicą; do przedniego brzegu śledziony przylegał ściśle mocno doń przyklejony brzeg sieci. Po osłonięciu wolnej jamy brzusznej kompresami usiłowano odsłonić wnękę śledziony, przecinając między dwiema podwiązkami zdrowe partie sieci zdala od zewnętrznego brzegu narządu; mimo wszelkich jednak ostrożności otwarto przy tym ropień okołośledzionowy. Jakkolwiek wylała się znaczna ilość ropy — rozmiary śledziony wcale się nie zmniejszyły, wobec czego otwarto również ropień śledziony, nacinając zewnętrzną jej powierzchnię w miejscu, w którym ropień wydawał się znajdować najbliżej torebki. Powstało jednak wtedy tak znaczne krwawienie, że, ze wskazań życiowych, w ciągu niewielu minut musiano wykonać splenektomię, wyłaniając narząd po rozdzieleniu na tępo mocnych jego zrostów z przeponą i wątrobą i podwiązaniu naczyń wnęki. Zrosty z żołądkiem, bardzo rozległe i mocne, oddzielono tuż przy ścianie żołądka. Łożysko śledziony sączkowano, wyprowadzając sączki w tylnym biegunie rany, po czym częściowo warstwowo zeszyto powłoki.

Wydobyta w czasie zabiegu operacyjnego śledziona o wymiarach 20 do 10 cm miała wygładzone brzegi i słabo zaznaczone wręby. Była barwy ciemno brunatnej; powierzchnię jej pokrywały liczne naloty włóknikowe, grubiej nawarstwione w miejscach ciemnych plam. W obrębie wnęki znajdowała się duża nieregularna jama, wypełniona częściowo przez masy serowate. Ściany jej były pokryte strzępami nekrotycznymi. Na przekroju miąższ śledziony posiadał pstrą barwę. Obok różnej wielkości ciemno - czerwonych oraz rdzawych klinów, których podstawa była zwrócona ku





Usunięta śledziona.

powierzchni śledziony, widać było również różnokształtne ogniska szaro-żółte, przy czym niektóre z nich posiadały kształt smug nieregularnych. Zarówno w obwodowych, jak i w środkowych partiach śledziony, stwierdzono ponadto obecność szeregu jam kulistych różnych rozmiarów, wielkości od ziarna pieprzu do orzecha włoskiego, wypełnionych przeważnie przez serowate masy. Światło kilku większych jam przywnękowych wypełniały częściowo oddzielone od reszty miąższu nieregularne jego odcinki, posiadające powierzchnię gładką (sekwestry).

Badanie mikroskopowe wykazało wybitne zatarcie rysunku śledziony; zmiany dotyczyły głównie miazgi i ciałek Malpighiego. Poszczególne beleczki były dość dobrze utrzymane tylko w partiach obwodowych śledziony, natomiast w centralnych pozostały z nich nieliczne tylko fragmenty.

We wszystkich preparatach, pochodzących z różnych odcinków śledziony, stwierdzono obecność starych zawałów krwawych, przedstawiających różne okresy zejścia sprawy; w jednych bowiem miejscach był zaznaczony wyraźnie proces organizacji, bujanie obfitej młodej tkanki łącznej, w innych natomiast można było jeszcze wyróżnić wylewy krwawe, jeszcze w innych znajdywano złogi hemosyderyny pośród skąpej komórkowej tkanki łącznej; przeważał proces martwiczy. Nieregularnie porozrzucane pośród miąższu śledziony szczeliny różnokształtne i różnej wielkości jamy, były wypełnione przez masy bezpostaciowe, otaczały je zaś słabo barwiące się rozpadające komórki miąższu. Proces martwiczy był najdalej posunięty w okolicy przywnękowej.

Chora straciła stosunkowo dużo krwi, to też bezpośrednio po zabiegu wykonano dożylną infuzję kropelkową, obawiając się ze względu na stan serca i nerek przetaczania krwi. W ciągu pierwszych trzech dni z rzędu wprowadzono domięśniowo po 100 cm „peritosanu", aby zapobiec wystąpieniu zapalenia otrzewnej. Surowica mieszana okazała się skuteczna, mimo iż z ropy pobranej w czasie zabiegu do badania otrzymano czystą hodowlę paciorkowca. Brzuch przedstawiał się zupełnie prawidłowo, był płaski, wiatry odchodziły samoistnie. W czwartym dniu odstawiono podawane w dużych ilościach środki nasercowe. Stan chorej poprawiał się z dnia na dzień. Podczas gdy nazajutrz po zabiegu ilość krwinek czerwonych spadła do 1.780.000, w czwartym dniu wynosiła już ponad 2 miliony, ilość wszakże hemoglobiny z 31% obniżyła się do 26%, a wskaźnik z 0.91 do 0.84. W białym obrazie krwi ilość neutrofilów wynosiła 86%, myelocytów 2%, normoblastów 2%, myeloblastów 10%. W szóstym dniu po zabiegu rozwarto ranę skórną i rozpoczęto podciągać sączki. W dziesiątym dniu wystąpił nagle zapad i chora po kilku godzinach zmarła.

Na sekcji stwierdzono obecność wolnego płynu ropnego w jamie Douglasa. Łożysko po śledzionie było dobrze odgraniczone zrostami od reszty jamy brzusznej. Stwierdzono natomiast przebicie do brzucha ropnia, znajdującego się na górnej powierzchni prawego płata wątroby. Na przekrojach zaś wątroby przekonano się o tym, że miąższ jej zawierał niezliczone ilości drobnych ropni. Punktem wyjścia sprawy ropnej w wątrobie była kamica żółciowa. Wypełniony ropą, zgorzelinowy i przedziurawiony woreczek żółciowy zawierający kamienie, był oklejony siecią. Stwierdzono ponadto wybitne zmiany w sercu, powstałe w następstwie wrzodziejącego zapalenia wsierdzia, dalej ślady po starych zawałach i drobne otorbione ropnie w nerkach, wykazujących rozległe zmiany marskie.

Nie ulega wątpliwości, że chorej nie można było uratować i że wskazania do splenektomii ustalono niewłaściwie. Gdyby chora o szereg miesięcy wcześniej dostała się do rąk chirurga z powodu schorzenia woreczka — być może nie przyszłoby zarówno do wytworzenia się mnogich ropni wątroby jak i ropnia śledziony.

Pierwszy *Lauenstein* ogłosił w roku 1882 przypadek ropnia śledziony wyleczonego operacyjnie, zwracając uwagę chirurgów na niecodzienne to schorzenie. W latach następnych *Ledderhose i Litten* poświęcili mu wyczerpujące prace. Od tego czasu mnożą się dalsze doniesienia kazuistyczne, bądź pojedyńcze, bądź oparte na stosunkowo dużym materiale. W roku 1905 *Küttner* zebrał z piśmiennictwa czterdzieści kilka przypadków i dołączył do nich dwa własne. *Tapie* do roku 1914 doszukał się w piśmiennictwie 164 przypadków, *Trinkas* zaś w roku 1934 mówi już o 200. W roku 1928 na Zjeździe Amerykańskiego Towarzystwa Chirurgów w Waszyngtonie *Billings* podkreślał, że ropnie śledziony, choć nie dość często opisywane, nie należą bynajmniej do rzadkości. *Wallace* z Broken Hill w Południowej Ameryce uważa nawet schorzenie to za endemiczne dla tej miejscowości, spostrzegał bowiem w ciągu dwu lat 49 przypadków ropni śledziony, z których 19 rozpoznał i operował. Zdaniem *Weinerta* przypadki ropni śledziony znacznie są częstsze, niż się ogólnie przyjmuje. Znajdowane bynajmniej nie wyjątkowo na sekcjach stare blizny, zaciągnięcia powierzchni śledziony i ogniska zwapniałego miąższu narządu, świadczą o przebytych zawałach i wyleczonych ropniach.

Ropień śledziony przeważnie wikła wtórnie szereg schorzeń z zakresu medycyny wewnętrznej. Stąd też część tylko przypadków, i to przeważnie stosunkowo późno, dostaje się do chirurga.

Rzadko uraz bywa przyczyną powstawania ropnia. *Billings* oblicza, że ropnie pourazowe stanowią zaledwie 15% przypadków ropni śledziony. Drobnoustroje ropotwórcze mogą przedostać się od zewnątrz w przypadkach ran kłutych i postrzałowych śledziony. Bodaj częściej jednak spotykamy ropnie śledziony, powstałe w następstwie urazów tępych. Krwiak śledziony ulec może zakażeniu drogą krwionośną przez zarazki przygodnie krążące we krwi, względnie zostaje zakażony przez bakterie z przewodu pokarmowego. Zakażenie powstaje tym łatwiej, że wylew krwawy wskutek wywieranego na miąższ ucisku wywołuje niekiedy jego martwicę, względnie ulega martwicy oddzielona od torebki część śledziony, stając się dobrą pożywką dla zarazków ropotwórczych. Podkreślając możliwość tego rodzaju zejścia sprawy, *Smits* twierdzi, że tylko przez wykonanie w odpowiednim czasie splenectomii można nie dopuścić do wytworzenia się ropnia. Również ropnie śledziony spotykane w przebiegu zimnicy, zdaniem niektórych, najczęściej bywają pochodzenia urazowego. Z tym samym wreszcie mechanizmem zakażenia prowadzącego do zropienia, co w pourazowych wylewach krwawych śledziony, spotykamy się w przypadkach wtórnego zropienia pierwotnie jałowych jej zawałów i różnorodnych torbieli, w szczególności bąblowca śledziony.

Ropnie śledziony mogą też powstać wskutek przeniesienia się zakażenia, względnie bezpośredniego przejścia sprawy ropnej z sąsiedztwa. Punktem wyjścia sprawy bywają narządy sąsiednie, z których przenosi się ona bezpośrednio po zniszczeniu torebki na miąższ śledziony, jak się to niekiedy zdarza w przypadkach zapalenia otrzewnej żołądka przy wrzodzie drążącym lub raku żołądka, bądź poprzecznicy, względnie przy ropniu okołonerkowym lub ropniu wątroby; ropień śledziony jest w tych przypadkach wtórny. W niektórych przypadkach raka żołądka lub przebitych wrzodów, ropień powstaje w następstwie wytworzenia się zakrzepów w naczyniach śledziony. Znane są też przypadki, w których ciała obce, zwłaszcza ości, wskutek przedziurawienia ściany żołądka lub poprzecznicy, stały się przyczyną powstania ropnia śledziony.

We wszystkich pozostałych przypadkach ropnie śledziony są pochodzenia przerzutowego i powstają w następstwie przeniesienia zarazków drogą krwi lub chłonki. Niektórzy twierdzą, że zawsze są one schorzeniem wtórnym i że pomijając przypadki zranienia śledziony, nie znamy z piśmiennictwa przypadku pierwotnego jej ropnia, gdyż prawie zawsze można wykazać źródło zakażenia. Występują one w śledzionach dotkniętych ostrym obrzękiem zapalnym, towarzyszącym szeregowi chorób zakaźnych, w przebiegu zapalenia wsierdzia, posocznicy, duru brzusznego i powrotnego.

Choroby zakaźne są częstym tłem schorzenia. *Billings* oblicza, że 14% przypadków ropni śledziony powstaje w przebiegu duru brzusznego i zimnicy, *Smits* — że dur powrotny, przy którym istnieje szczególna skłonność do powstawania zawałów, jest przyczyną 40% tych ropni. *Berg* spotykał ropnie śledziony u 0,25% chorych tyfusowych. Nie zawsze w tych przypadkach ropień bywa wywołany przez zakażony zator, bądź też powstaje w miejscu jałowego zawału śledziony, zakażonego wtórnie. Również ogniska krwotoczne śledziony dotkniętej ostrym obrzękiem mogą ulec zropieniu, dając początek ropniom śledziony. Zdaniem *Kaufmanna* ropnie potyfusowe nie występują w następstwie za-

wałów, lecz wytwarzają się w ogniskach rozpadowych, powstałych w następstwie zaburzeń krążenia i pod wpływem czynników toksycznych.

Najczęściej bodaj powstają ropnie śledziony w miejscach zakrzepów i zatorów, jako ogniska przerzutowe z innych ognisk ropnych znajdujących się w ustroju. Spotykamy je bądź w przypadkach brodawkowategc czy wrzodziejącego zapalenia wsierdzia, bądź też przy wrzodziejących zmianach ateromatycznych tętnicy głównej, rzadziej w przypadkach ropni płuc, wreszcie w przebiegu posocznicy. Zatory pochodzą przeważnie z lewego serca, rzadziej z tętnicy głównej, względnie z zakażonych ognisk płucnych. Chodzi bądź o zakaźne zakrzepy makro- czy mikroskopowe, względnie mikro-embolie bakteryjne (same tylko zarazki mogą być bowiem zawleczone z krwią do śledziony), bądź o zakrzepy jałowe, prowadzące do powstania zawałów, które wtórnie ulegają zropieniu. Charakter krążenia w śledzionie — gwałtowne przejścia szerokich naczyń jej miąższu w wązkie kapilary, a więc wielkie różnice szerokości świateł sąsiednich naczyń, stwarzają dogodne warunki dla powstawania zatorów. Zarazki chorobotwórcze dostają się do śledziony najczęściej drogą krwi; zakażenie zawałów może wszakże nastąpić nietylko z krążenia małego, lecz i z przewodu pokarmowego drogą krwi żylnej z zasięgu żyły wrotnej, bądź też zarazki przedostają się drogami chłonnymi z jelita, miedniczki nerkowej lub gruczołów wnęki nerki. Podnieść wszakże należy, że nie każdy zawał śledziony ulega zropieniu, ropnie śledziony są bowiem bezwzględnie rzadsze od zawałów. Zawał zakaźny wywołuje powstanie procesu zapalnego w pewnym odcinku śledziony i jej otoczeniu i nieuchronnie prowadzi do powstania ropnia. Według *Billingsa* 14% przypadków ropni śledziony występuje jako powikłanie zapalenia wsierdzia i jest następstwem zropienia zawału. Bynajmniej nie rzadziej spotykano ropnie śledziony w przebiegu schorzeń septycznych i innych chorób zakaźnych: przy czyraku, zastrzale, wągliku, zapaleniu ucha środkowego, zakażeniu połogowym, przy złamaniach otwartych zakażonych, gośćcu wielo-stawowym, w przebiegu błonicy, ospy, dżumy, czerwonki, grypy, a nawet w przebiegu gnilca i leukemii.

Znane są również przypadki ropni śledziony, powstałe w następstwie jej skrętu. Podnoszono, że skręt wnęki śledziony usposabia do powstania zawału, a niedomoga krążenia stać się może powodem wytworzenia się skrzepu w żyłach śledziony.

W wyjątkowych wreszcie przypadkach nie udało się wykazać przyczyny schorzenia. Dawniej przyjmowano w tych przypadkach za tło ropnia, sprawy natury nieokreślonej, jak przeziębienie, uraz, upadek na brzuch, a nawet nadmierny wysiłek. Teoria pierwotnych ropni śledziony nie znalazła jednak należytego wytłumaczenia i dziś liczba ropni o nieznanej etiologii wobec dokładnego zbierania wywiadów i obserwacji chorego jest istotnie bardzo mała.

W zależności od schorzenia podstawowego, poszczególne ropnie śledziony były wywołane przez różne zarazki; spotykano mianowicie: gronkowce, paciorkowce, dwoinki zapalenia płuc, prątki okrężnicy, durowe, względnie zakażenie mieszane, a nawet znajdowano w ropie ameby. Niejednokrotnie, zwłaszcza w przypadkach w których ropień śledziony powstał w miejscu białego zawału, nie wykazano obecności żadnych bakterii *(Monod, Litten, Kölliker, Lauenstein* i in.); jakkolwiek ropa była jałowa, mimo to posiadała własności toksyczne *(Küttner)*.

Zarówno ilość, jak i rozmiary znajdowanych w poszczególnych przypadkach ropni, były bardzo różne. Spotykano bądź ropnie

pojedyńcze, bądź mnogie. Niekiedy narząd bywał usiany olbrzymią ilością drobniutkich ropni, przy czym małe te ogniska, rozszerzając się i zlewając ze sobą, dawały początek większym ropniom. Niektórzy twierdzą, że zwykle początkowo chodzi o drobne ropnie mnogie z czasem zlewające się ze sobą. Zwłaszcza septyczne zakażenia połogowe często prowadzą do powstania mnogich drobnych ropni w śledzionie, różnej wielkości i usadowionych w różnych miejscach; cechują się one przy tym szybkim rozpadem tkanki śledzionowej. Często spotykano liczne folikularne ropnie ciałek Malpighiego. Ropień powstały w następstwie zatoru — zaczopowania naczyń, bywa zwykle ograniczony; w następstwie wszakże obumierania miąższu narządu powstać również może sprawa rozlana — *splenitis suppurativa.* W miejscach zawałów powstać mogą ropnie bądź pojedyńcze, bądź mnogie. Ropień w miejscu zawału powstałego wskutek zamknięcia większego naczynia posiada duże rozmiary; wskutek zamknięcia naczyń włosowatych występują ropnie prosówkowe. Większość spotykanych w czasie zabiegu i na sekcjach ropni, odpowiednio do wielkości narządu, posiadała małe stosunkowo rozmiary; wahały się one w granicach od orzecha laskowego do jaja kurzego. Znajdowano jednak sporadycznie i znacznie większe ropnie, powstałe przez połączenie ze sobą kilku zropiałych zawałów. W wyjątkowych wreszcie przypadkach narząd przekształcał się w worek, zawierający wiele litrów ropy. W przypadku *Muchanowa* pojemność ropnia wynosiła 5 litrów.

Poszczególne jamy bywają wypełnione ropą pośród której pływają resztki miąższu. Tocząca się w śledzionie, w odróżnieniu od innych narządów miąższowych, sprawa ropna ma przeważnie charakter martwiczy z wytwarzaniem się wolnych martwaków. Ropa oddziela większe lub mniejsze odcinki miąższu. Proces ten spotykamy w śledzionie tak często, iż niektórzy autorzy twierdzą, że charakter ropy wydobytej przy nakłuciu posiadać może wprost znaczenie rozpoznawcze. Częstość wszakże spotykanych, jako domieszki do ropy, martwaków śledziony według różnych autorów bywa różna; według zestawienia *Grand Mourscha* znajdowano je w 14% przypadków, w materiale *Littena* — w 33%, w zestawieniu *Küttnera* — w 37%, w materiale *Wildegansa* i *Grüneisena* — 40%, *Finkielsteina* — w 54% przypadków.

Znane są również w starym piśmiennictwie przypadki, w których cała zropiała i nekrotyczna śledziona, wolna jak martwak, pływała w lewostronnym ropniu podprzeponowym.

Objawy kliniczne ropnia śledziony mogą wystąpić bądź w przebiegu schorzenia które dało mu początek, bądź też zjawiają się dopiero w kilka tygodni, a nawet w jeden do dwu lat po zakażeniu pierwotnym. Są one bardzo różnorodne. Schorzenie rozpoczyna się ostro, bądź też nie ma ostrego początku i niejasne objawy utrzymują się w ciągu dłuższego czasu. W przypadkach, w których ropień śledziony występuje w przebiegu, względnie w okresie rekonwalescencji po dopiero co przebytej chorobie zakaźnej — spotykamy ciężki obraz kliniczny chorego. Stwierdzamy wysoką gorączkę, przeważnie o typie zwalniającym, niekiedy, w początkowym okresie zwłaszcza, zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, połączone z wymiotami, wybitne wychudzenie i ogólne osłabienie, wysoką leukocytozę obok samoistnych bólów i bolesności uciskowej okolicy lewego podżebrza. Gorączka hektyczna, dreszcze, poty brak łaknienia, biegunki, wychudzenie i gwałtowny spadek sił składają się na obraz, który nazywano dawniej *„phtisis lie-*

nalis". Niekiedy objawy miejscowe silniej bywają zaznaczone: występują kłujące bóle w lewym podżebrzu, po pewnym zaś czasie spostrzegamy powiększenie się stłumienia śledziony, ostry obrzęk śledziony, względnie obecność guza w lewym podżebrzu, a nawet i obrzęk części miękkich i chełbotanie. Objawy miejscowe zależne są w pierwszym rzędzie od usadowienia i wielkości ropnia, dalej od tego czy sprawa ropna toczy się wyłącznie wewnątrz narządu, czy też przeszła już na otoczenie. Bóle wzmagają się, a bolesność uciskowa nasila w tym okresie, gdy ropień dosięga torebki śledziony, względnie, przebijając ją, rozszerza się pośród sąsiednich tkanek. Występują przy tym objawy podrażnienia otrzewnej: bolesność brzucha, napięcie powłok, nudności, wymioty, czkawka. Ropień może nie dawać żadnych wyraźnych objawów jeśli nie przechodzi na torebkę. Jeśli zaś przechodzi na torebkę, otrzewnę lub przeponę, daje objawy zapalenia otrzewnej lub opłucnej, a nawet objawy ropniaka opłucnej.

Wytwarzanie się dużych ropni, względnie powiększanie się ropni małych, znajdujących się w pobliżu powierzchni narządu, pociąga zwykle za sobą zlepianie się śledziony z narządami sąsiednimi, co prowadzi niekiedy do przebicia ropnia bądź do jamy brzusznej, bądź do sąsiednich narządów. Zwłaszcza ropnie znajdujące się w obwodowych partiach śledziony prowadzą do procesu zapalnego dokoła śledziony *(perisplenitis)* w następstwie czego powstają zrosty, zespalające śledzionę z narządami sąsiednimi. Przedziudrawienie ropnia prowadzi do powstania ropnia około-śledzionowego; jeśli zaś następuje ono w miejscu, w którym nie wytworzyły się jeszcze silne zrosty, przyjść może do ograniczonych ropni wśródbrzusznych, względnie zapalenia otrzewnej. Wprawdzie, już z chwilą gdy ropień zbliża się ku powierzchni śledziony, powstaje proces zapalny w jej torebce, wytwarzają się zrosty otrzewnowe, odgraniczające od wolnej jamy brzusznej miejsce, w którym ropień grozi przebiciem i zespalające narząd mocno z sąsiednimi narządami, przeponą względnie powłokami. Ze względu też na to, że powierzchnia ropni w większości przypadków wytwarza zlepy z sąsiednimi narządami, niektórzy dziś jeszcze twierdzą, że pęknięcia ropnia do wolnej jamy brzusznej nie należy się prawie obawiać *(Weinert)*. Inni autorzy podają, że, w przeciwieństwie do stosunkowo często spotykanego samoistnego pęknięcia obrzękłej śledziony w przebiegu duru brzusznego lub powrotnego, tego rodzaju zejście sprawy w przypadkach toczącej się w śledzionie sprawy ropnej, ze względu na wytwarzanie się mocnych zrostów z otoczeniem, należy do rzadkości. Że tego rodzaju ujęcie sprawy nie jest zupełnie ścisłe, świadczą o tym przypadki zapalenia otrzewnej, ogłoszone przez *Kerniga, Harmana, Petrowskiego* i innych. W przypadku *Rollera* chory zgłosił się w trzecim tygodniu od chwili wystąpienia pierwszych dolegliwości brzucha, przy czym rozpoznano przedziurawienie wrzodu żołądka, przy zabiegu zaś stwierdzono pęknięcie pięciokrotnie powiększonej śledziony, całkowicie zropiałej. W przypadku *Miani* ropne zapalenie otrzewnej powstało w następstwie przebicia jednego z licznych ropni śledziony, jakie wytworzyły się w miejscach zawałów. Również w przypadkach *Maya, Savoia, Vasiliu* i *Muresana* stwierdzono przy zabiegu rozlane ropne zapalenie otrzewnej, wywołane przez pęknięcie ropnia śledziony. Zwłaszcza powstawanie dużych ropni, mimo wytwarzania się zlepów śledziony z sąsiednimi narządami, prowadzi niejednokrotnie do przebicia ropnia śledziony do sąsiednich narządów lub do wolnej jamy brzusznej. W czasach gdy nie operowano jeszcze ropni śledziony, częściej znacznie

niż dziś spostrzegano poważne te powikłania, związane z przeniesieniem się sprawy ropnej ze śledziony na jej otoczenie. I dziś wszakże, wskutek nasuwających się trudności rozpoznawczych we wczesnych przypadkach, powikłania te nie należą bynajmniej do rzadkości.

Zrosty i zlepy około-śledzionowe istotnie bywają niekiedy tak mocne, że można jednoczasowo otworzyć ropień bez obawy otwarcia jamy brzusznej. Z drugiej znów strony sprawiają one, że ropień nie otwarty przez chirurga we właściwym czasie może przebić do narządów sąsiednich: żołądka, kiszki grubej, miedniczki nerkowej, lewej przepony, opłucnej lub oskrzela.

Rzadko stosunkowo, przeważnie w przypadkach w których nie rozpoznano na czas wychodzącego ze śledziony ropnia podprzeponowego, przychodzi do przebicia ropnia do opłucnej. Tak np. w przypadku *Ferrari* wystąpienie zapalenia lewej opłucnej poprzedzał najpierw lewo-, potem prawostronny ropień podprzeponowy. Mimo braku wszakże przebicia w ścisłym tego słowa znaczeniu — z lewostronnym wysiękiem opłucnowym spotykamy się stosunkowo często. Ropne zapalenie opłucnej wikłało np. ropień śledziony w 40% przypadków spostrzeganych przez *Wildegansa.* Schorzenie lewej opłucnej stanowi tak częste powikłanie ropni śledziony, iż niektórzy przypisują mu ważne znaczenie rozpoznawcze. W szeregu wszakże przypadków wysięk opłucnowy wydawał się być schorzeniem pierwotnym i jedynym, to też raczej utrudniał rozpoznanie, zamiast je ułatwiać.

Zejście więc sprawy w nieleczonych operacyjnie w odpowiednim czasie przypadkach, w których ropień śledziony, choć powstały wtórnie, był schorzeniem jedynym, względnie jedynie groźnym, przeważnie bywało niepomyślne. Do wyjątków należy samowyleczenie kliniczne drobnego ropnia śledziony, powstałe wskutek zagęszczenia się ropy i otorbienia ropnia. O możliwości podobnego pomyślnego zejścia sprawy świadczą sporadyczne spostrzeżenia sekcyjne. Rzadko też występuje samoistne przebicie się ropnia na zewnątrz przez powłoki brzuszne.

Rozpoznanie bywa w większości przypadków trudne. Centralnie ułożone drobne ropnie śródmiąższowe, rozwijające się powoli, przez długi czas nie dają wyraźnych objawów i mogą przebiegać skrycie. W przeciwieństwie do nich ropnie szybko powiększające się, powstałe wskutek zropienia licznych zawałów, względnie zlania się ze sobą poszczególnych ropni, niszczą śledzionę w krótkim czasie i rychło prowadzą do śmierci. Nawet stosunkowo duże ropnie dają zazwyczaj objawy nie wyraźne; stąd rozpoznanie rzadko bywa pewne. Zwłaszcza ropnie górno-tylnego bieguna śledziony rozpoznać można tylko z pewnym prawdopodobieństwem. *Billings* podkreśla szczególne trudności rozpoznawcze, twierdząc, że ropień śledziony może nie dawać żadnych wyraźnych objawów, jeśli nie przechodzi na torebkę.

Rzadkość występowania schorzenia i różnorodność objawów klinicznych jest powodem, iż rzadko bywa ono rozpoznawane przed zabiegiem względnie za życia chorego. Z pośród 3,600 sekcji zwłok przeprowadzonych w Pensylwania Hospital w 24 przypadkach stwierdzono obecność ropni śledziony nie rozpoznanych za życia. Wprawdzie w wielu z pośród tych przypadków chodziło o posocznicę i ropień śledziony, jak twierdzi *Billings,* mógł być późnym, niemal przedśmiertnym jej powikłaniem. W 9 wszakże przypadkach chodziło o wrzodziejące zapalenie wsierdzia, w 5 sprawa ropna wyszła z miednicy małej, w dwu zaś przyczyną wytworzenia się ropnia śledzionowego było ropne zapalenie wyrostka robaczkowego.

Niekiedy rozpoznanie schorzenia podstawowego naprowadza na myśl o możliwości istnienia ropnia śledziony. Zdaniem autorów, rozpoznanie bywa stosunkowo proste w przypadkach, w których w przebiegu grypy lub ropienia, zwłaszcza w przebiegu sprawy zakaźnej ze skłonnością do wytwarzania się ropni przerzutowych, występuje bolesność uciskowa śledziony i dreszcze, a równocześnie z tym pogarsza się znacznie ogólny stan chorego. Liczne wszakże drobne ropnie, występujące w przebiegu posocznicy wywołanej przez bakterie ropotwórcze, niczym zgoła nie przejawiają się klinicznie. Należy pamiętać o możliwości powstania ropnia śledziony u chorych, u których w przebiegu choroby zakaźnej pojawia się nagle ponowne wzniesienie ciepłoty, dreszcze, wysoka leukocytoza, a równocześnie z tym bóle samoistne w lewym podżebrzu, niekiedy promieniujące do łopatki, bóle przy głębokich oddechach, napięcie powłok brzusznych i wybitna tkliwość śledziony. Zwłaszcza jeśli naprzykład u ozdrowieńca tyfusowego wystąpią nagle bóle w okolicy śledziony, stale się nasilające, a przy badaniu bladego, wychudzonego chorego stwierdzamy początkowo powiększenie się stłumienia śledzionowego, później bolesny guz śledziony, który szybko się powiększa, podżebrze się wypukla, a części miękkie brzękną, względnie występują objawy ropnia podprzeponowego — rozpoznanie jest istotnie łatwe. Podnoszony niejednokrotnie niepokój chorych, uderzająca bolesność uciskowa śledziony, ograniczona niekiedy do jednego tylko miejsca, wysoka leukocytoza, objawy podrażnienia otrzewnej, odpowiadające tworzeniu się zrostów między odcinkiem zawierającym ropień a siecią, powłokami itd. — są objawami, które świadczyć mogą pośrednio o wytwarzaniu się ropnia śledziony. Rozpoznanie bywa wszakże trudne w przypadkach, w których istniejący od dłuższego czasu ostry obrzęk śledziony sprawiał choremu dolegliwości.

Mówi się, że zależnie od umiejscowienia mogą ropnie śledziony upodabniać się w swych objawach do wysiękowego zapalenia opłucnej, ropnia podprzeponowego, ropowicy okołonerkowej, zapalenia sieci itd., od których należy je umieć odróżnić.

Nie ułatwiają też zbytnio rozpoznania badania pomocnicze.

Roentgen w przypadkach wczesnych nie daje charakterystycznego obrazu, przepona jest bowiem zwykle poruszalna. Bywa on natomiast niekiedy bardzo pomocny w rozpoznaniu w przypadkach dalej posuniętych, zwłaszcza jeśli chodzi o ropnie wychodzące z górnego bieguna śledziony, przechodzące poza torebkę i tworzące ropnie podprzeponowe. Lewa przepona bywa w tych przypadkach nieruchoma i wysoko ustawiona. W przypadkach wszakże, w których ropień przebija przeponę, względnie nawet bez przebicia prowadzi do powstania wysięku w jamie opłucnowej, prześwietlenie pozbawione jest niemal zupełnie znaczenia dla rozpoznania ropnia śledziony.

Obraz krwi posiada dla rozpoznania tylko względne znaczenie. Najczęściej wprawdzie znajdujemy w przypadkach ropni śledziony znaczną leukocytozę; może być jej jednak brak zupełnie *(Kirchmayer)*. Przy ropniach, powstałych w przebiegu duru brzusznego, spotykamy leukopenię.

Dla *rokowania* ważne znaczenie posiada okoliczność, że ropień śledziony jest zwykle schorzeniem wtórnym; zależne jest ono bowiem w znacznym stopniu od schorzenia podstawowego, które dało mu początek. Bywa naprzykład względnie dobre przy ropniach podurowych, zdecydowanie zaś złe w przypadkach, w których schorzenie powstało w przebiegu zapalenia wsierdzia lub posocznicy. Zatory często bowiem występują nie tylko w śledzionie, lecz i w innych

narządach; obok ropnia śledziony równocześnie też znaleźć można ropnie wątroby, nerek, płuc, itd. również w przebiegu posocznicy; obecność zaś ropni mnogich w różnych narządach zarówno zaciemnia obraz chorobowy, jak i pogarsza rokowanie.

Ropnie tyfusowe, występujące w pewien czas po spadku temperatury chorego, przedstawiają wdzięczne pole do leczenia operacyjnego. *Melchior* uzyskał wyleczenie 16 z pośród 17 chorych tyfusowych, operowanych z powodu ropnia śledziony. Również leczenie operacyjne pojedyńczego przekształconego w ropień zawału może dać dobry wynik. Przy ciężkich natomiast schorzeniach septycznych wynik zabiegu jest zdecydowanie zły. Zdaniem *Nordmanna* przy mnogich ropniach śledziony leczenie chirurgiczne nie rokuje przeważnie powodzenia i nawet usunięcie takiej śledziony nie sprowadza oczekiwanego trwałego wyniku.

Śmiertelność pooperacyjna, dawniej bardzo wysoka, bo wynosząca według *Reysseta* 80%, według *Esau* 70 do 80%, wybitnie zmniejszyła się w ostatnich czasach. Bywa ona naturalnie różna w zależności od rodzaju schorzenia podstawowego. W materiale *Wildegansa* wynosiła już tylko 44%; w przypadkach pourazowych ropni śledziony według obliczeń *Billingsa* wynosi 38%; *Küttner* oblicza śmiertelność w swym materiale na 28%; *Henschen* — na 25%, *Federmann* — 15%, *Michelson* zaś podaje 17 zejść śmiertelnych na 98 operowanych przypadków.

Rokowanie jest dalej zależne od wczesnego rozpoznania i zabiegu. Jest ono zdecydowanie złe w przypadkach nie leczonych właściwie. Nigdy nie można liczyć na samowyleczenie sprawy. Jedynie wczesne rozpoznanie i wczesny zabieg pozwalają niekiedy uratować chorego.

Rozpoznanie wczesne napotyka wszakże na wielkie trudności. Niekiedy duże pod tym względem znaczenie przypisują próbnemu nakłuciu śledziony. Wydobyta przy nakłuciu krwawa ropa, zwłaszcza przy równoczesnych wahadłowych ruchach igły wraz z ruchami przepony, rozstrzyga pewnie wszelkie wątpliwości rozpoznawcze.

Istotnie, charakter ropy wydobytej przy nakłuciu, a zwłaszcza wynik jej badania mikroskopowego, pozwala na wczesne rozpoznanie ropnia śledziony. Wobec szczególnej skłonności kruchego miąższu narządu do ropnej sekwestracji zawsze znajdujemy zmieszaną z ropą charakterystyczną miazgę, składającą się z obumarłych strzępów tkanki i nadającą ropie kolor brunatno-czerwony, względnie czekoladowy. Ujemny wszakże wynik nakłucia nie wyklucza zupełnie pewnie istnienia ropnia; w przypadkach tych nie pozostaje nic innego, jak odsłonięcie śledziony.

Próbne nakłucie śledziony posiada jednak również wielu przeciwników, dopatrujących się w tym zabiegu poważnych niebezpieczeństw dla chorego. Inni wszakże twierdzą, że korzyści, wynikające z nakłucia próbnego, są większe od niebezpieczeństw, a nakłucie jest mniej szkodliwe od nieotwarcia ropnia. Winniśmy się więc do niego uciekać, skoro posiada tak ważne znaczenie rozpoznawcze, przeprowadzić je jednak należy ostrożnie. Niektórzy *(Smits)* nie dopatrują się żadnych niebezpieczeństw w próbnym nakłuciu śledziony. *Stefanowski* podkreśla, że w przypadkach wątpliwych można wykonać nakłucie próbne i że przy ropniach śledziony nie jest ono bardzo niebezpieczne, ponieważ ropnie te zazwyczaj są dobrze otorbione i mocno zrośnięte z otrzewną ścienną lub przeponą i opłucną. Większość wszakże chirurgów jest zdania, że próbne nakłucie śledziony przy podejrzeniu ropnia wyjątkowo tylko może być przeprowadzone, w razie istotnej konieczności, przy czym już przed na-

kłuciem wszystko musi być przygotowane do laparotomii.

Bez względu więc na pochodzenie i etiologię ropnia leczenie jego może być tylko operacyjne. Konieczny jest przytem zabieg natychmiastowy, gdyż wynik leczenia jest przede wszystkim zależny od zakażenia pierwotnego, które wywołało powstanie ropnia, stanu chorego i czasu wykonania zabiegu.

Leczenie polega na operacyjnym otwarciu ropnia lub usunięciu całej śledziony. Postępowanie w różnych przypadkach musi być różne. Różne też stanowisko zajmują poszczególni chirurdzy w tej sprawie. *Trincas, Billings* i inni mówią o otwarciu ropnia lub splenektomii. *Miani* — o splenektomii lub splenotomii, gdy — jak się to niekiedy zdarza, splenektomia okaże się niewykonalna. Zdaniem innych, ze względów technicznych splenektomię w przypadkach ropni śledziony wykonać można tylko wyjątkowo, zazwyczaj bowiem nie pozwalają na jej przeprowadzenie silne zrosty narządu z otoczeniem. *Billings* twierdzi, że splenektomia jest wskazana w przypadkach wyjątkowych gdy niema zrostów, dostęp do szypuły jest łatwy i nie zachodzi obawa rozsiania się zakażenia. Zdaniem *Wildegansa* splenektomia może być wykonana w tych tylko przypadkach, w których przeważna część śledziony uległa zniszczeniu, narząd posiada liczne partie zgorzelinowe, bądź też cały pływa w ropniu. *Patel* podkreśla, że niekiedy bywa konieczna następowa splenektomia po uprzednim otwarciu ropnia i że zabieg ten możliwy jest do przeprowadzenia w przypadkach, w których ropień nie przeszedł poza narząd i nie ma większych zrostów.

Na trudności operacyjne i powikłania, jakie sam spostrzegał i jakie spostrzegali inni, zwracał w roku 1928 uwagę *W. J. Mayo* z Rochester. Utrzymuje on, że chirurg zdecydować się musi już przed zabiegiem czy chce usunąć śledzionę, czy też nie, podczas zabiegu nie ma bowiem czasu do namysłu, gdyż znaczne krwawienie zmusza do pośpiechu i na ogół może być opanowane dokładnie dopiero po usunięciu narządu. Przystępując do splenektomii należy przeciąć przede wszystkim wszystkie zrosty. Następnie, idąc za radą *Balfoura,* odsunąć śledzionę wraz z jelitami ku dołowi, stwarzając sobie przez to dogodny i szybki dostęp do szypuły śledziony. Niekiedy krwawienie żylne po usunięciu śledziony bywa znaczne i tamować je należy przy pomocy wilgotnej gazy. Drugie ciężkie powikłanie stanowi otwarcie żołądka podczas odcinania szypuły; autorowi przydarzyło się to dwukrotnie, przy czym stracił jednego z chorych. Nie mniej przykrym powikłaniem jest usunięcie wraz ze śledzioną części trzustki, co się wydarzyło autorowi raz jeden; śledziona była jednak tak ściśle zespolona z trzustką, że dopiero badanie drobnowidzowe wykazało, że do usuniętej śledziony przylega część trzustki. Wreszcie w jednym przypadku przy obkłuwaniu zrostów śledziony z przeponą dla opanowania krwawienia z dużych naczyń, rozciął *Mayo* igłą przeponą i osierdzie; zeszył jednak natychmiast ranę i uzyskał zejście pomyślne. Dla uniknięcia tego powikłania radzi *Mayo* wkłuwać igłę do przepony wyłącznie podczas wdechu.

Niektórzy sprzeciwiają się zasadniczo splenektomii. *Smits* uzasadnia swe stanowisko koniecznością zachowania tego pojedyńczego, niezbędnego dla życia narządu. *Stefanowski* mówi, że ropień śledziony zawsze należy naciąć i sączkować. Tego rodzaju opinia przeważała w wykładach referentów i dyskusji na Międzynarodowym Kongresie Chirurgów w Rzymie. Otwarcie ropnia, w zależności od tego czy wychodzi on z górnego, dolnego bieguna, czy też z tylnej części śledziony, następuje po uprzedniej resekcji dolnych żeber, drogą

brzuszną, bądź też od strony lędźwiowej. Ostatnia możliwość zachodzi wszakże wyjątkowo; zdaniem *Propinga* bowiem, raz tylko dotychczas udało się otworzyć ropień śledziony drogą zaotrzewnową. W przypadkach, w których nie wytworzyły się jeszcze zrosty odgraniczające ropień od wolnej jamy otrzewnowej, wskazany jest zabieg dwuczasowy. Pierwszy akt polega na otwarciu brzucha i obłożeniu śledziony chustkami w celu wywołania zrostów, bądź też jeśli się to okaże możliwe, wszyciu śledziony odpowiednio do miejsca usadowienia ropnia do otrzewnej ściennej i powłok brzusznych. Również w przypadkach ropni górnego bieguna, otwieranych przez przeponę, w których niema zrostów opłucnych, należy przy pierwszym zabiegu zeszyć ze sobą obydwie blaszki opłucnej i dopiero po kilku dniach naciąć ropień. Jeśli jednak chory jest bardzo wyniszczony — konieczność wymaga jednoczasowego zabiegu.

Postępowanie różnych autorów bywa zresztą różne. Zdaniem *Billingsa* dostęp operacyjny do ropnia jest najpewniejszy po przez otrzewnę; niejednokrotnie śledziona bywa zrośnięta z otrzewną, tak że bez otwierania wolnej jamy brzusznej można otworzyć ropień. *Krekel* twierdzi, że drogę przezopłucnową można wybrać tylko w przypadkach, w których śledziona nie wychodzi poza brzeg żeber. *Wildegans* wszystkie ropnie otwiera drogą przezopłucnową.

Jeśli przepona silnie jest ku górze uniesiona, lub też opłucna jest wciągnięta w proces chorobowy, a przestrzeń Traubego zupełnie znikła, droga przezopłucnowa stanowi metodę wyboru. Niektórzy przyciągają przeponę w miejscu rany do ściany klatki piersiowej przy pomocy cugli drucianych i osłaniają kompresami jamę opłucnową przed nacięciem przepony i otwarciem ropnia. W przypadkach zaś, w których stwierdza się w opłucnej obecność wysięku surowiczego, przyszywają uprzednio szwem ciągłym opłucnę żebrową do przeponowej. Jeśli brak jest natomiast powikłań ze strony jamy opłucnowej i ropień nie jest usadowiony w górnym biegunie śledziony — wybrać raczej należy drogę brzuszną. Aby uniknąć uszkodzenia nerwów mięśnia prostego brzucha — niektórzy przeprowadzają cięcie *Czernego-Kehra*. W przypadkach, w których istnieją zrosty w jamie brzusznej, *Smits* posługuje się metodą podaną przez *Doyena:* przeprowadza 15 cm cięcie skórne w linii sutkowej, kończące się na poziomie pępka, po czym przecina chrząstki VII — X żebra; w miejscu tym nie ma bowiem ważnych przyczepów przepony. Przy ropniach dolnego bieguna śledziony przeprowadzano zwykle cięcie wzdłuż łuku żebrowego.

O tym, jakie postępowanie jest najwłaściwsze, najlepiej winny by świadczyć uzyskane wyniki. Poszczególne wszakże zestawienia obejmują przypadki znacznie różniące się między sobą i nie bardzo nadają się do porównania. *Finkelstein* do roku 1919 zebrał z piśmiennictwa 76 przypadków: 65 nacięć ropni ze śmiertelnością = 26%, 11 splenektomii dało zaś 27% śmiertelności. Z zestawienia *Lenormanta* i *Seneque* za lata od 1907 do 1924 wynika, że wyzdrowieli wszyscy 23 chorzy po otwarciu ropnia, zarówno przez klatkę piersiową (11 przypadków), jak i jamę brzuszną (11 przypadków), wreszcie drogą lędźwiową (1 przypadek), zmarło natomiast 3 z pośród 4 chorych, u których wykonano splenektomię.

Zabieg ten przeprowadzono wszakże w przypadkach bardzo spóźnionych, bo w przebiegu zapalenia otrzewnej; mimo to jednak uważają autorzy otwarcie ropnia za bardziej celowe od splenektomii. Zestawienie wspólne *Lenormanta* i *Sene-*

que oraz *Billingsa* obejmuje 55 przypadków, przy czym w 51 z nich ograniczono się do otwarcia ropnia, uzyskując w 44 (86,3%) wyleczenie. Z pośród 9 przypadków ropni śledziony operowanych drogą przezopłucnową przez *Wildegansa* zmarło 4 chorych; 2 z wrzodziejącym zapaleniem wsierdzia i stanem septycznym, jeden z licznymi ropniami w śledzionie, powstałymi w następstwie przedziurawienia wrzodu żołądka; w ostatnim wreszcie przypadku chodziło o zakażenie połogowe, powikłane zapaleniem wsierdzia. Wyzdrowieli natomiast chorzy, u których ropień powstał w przebiegu, względnie po przebytym gośćcu stawowym, durze brzusznym, anginie, zapaleniu płuc i czerwonce, mimo iż w trzech z pośród tych przypadków schorzenie było powikłane ropnym zapaleniem opłucnej.

PIŚMIENNICTWO.

1) *Bal:* Wiener Med. Wschr., 1922; 2) *Billings A.:* Absces of the spleen — Ann. of Surg., 88, 1928; 3) *Cornil, Masinges, Jouve:* Les lésions spleniques des endocardites streptococciques humaines et experimentales. La Presse Médicale, 1936; 4) *Cutler:* Journ. of the Americ. Med. Assoc., 1920; 5) *Dobrzaniecki W.:* Wielokomorowa torbiel śledziony na tle zawału. — Polski Przegląd Chirurgiczny, XIII, 2, 1934; 6) *Estrade:* Thèse de Bordeaux, 1911; 7) *Finkelstein:* Ruskij Wracz, 13, 1914 8) *Ferrari P.:* Ascesso subfrenico bilaterale ad empiema de ascesso splenico. — Policlinico, sez. prat., II, 1930; 9) *Krekal H.:* Über die Abscesse der Milz und ihre Behandlung. — Zentralblat für Chirurgie, 54, 1927; 10) *Küttner:* Ueber sequestrierende Milzabscesse, Beitr. z. klin. Chirur., 54, 1907; 11) *Lenormant et Seneque:* Journal de Chirur., 1923; 12) *Mayo W. J.:* Zjazd ameryk. T-wa Chirurgów w Waszyngtonie, 1928; 13) *May M.:* A propos des absces de la rate. — Med. Acad. Chir., 63, 1937; 14) *Miani A., Dagnini G.:* Contributo allo studio dell ascesso della milza. — Clinica chir., 4, 1928; 15) *Patel, Papayannou, Henschen:* Congrés internation. de Chirurgie, Rome, 1926; 16) *Pitkin:* 15 Kongres T-wa Chirurg. rosyjskich. — Ztrbl. f. Chir. 1923 17) *Płońskier:* O topograficznej współzależności niektórych zmian anatomopatologicznych w śledzionie i żołądku. Polski Przegląd Chirurgiczny, XIII, 2, 1934; 18) *Roller:* Spontan ruptur eines Milzabscesses. — Der Chirurg, 4, 1932; 19) *Savvia L.:* Ascesso delle milza da endarterite ulcerosa (con sindrome di colica renale sinistra). Bull. Sci. med., 3, 1935; 20) *Smits J. G.:* Milzabscesse. — Geneesk. tydschr. v. Nederland, 63, 1923; 21) *Stefanowski M.:* Chirurgia śledziony; 22) *Scheyer:* Bruns Beitr., 81, 1924; 23) *Tapie J.:* Les abscès de la rate. Journal med. franc., 15, 1926; 24) *Trincas M.:* Ascesso acuto della milza. — Ann. italian. Chir., 13, 1934; 25) *Vasiliu u. Muresan:* Aktinomykotische Abscesse der Leber und der Milz mit eitriger Bauchfellentzündung. Cluj med., 17, 1937; 26) *Wildegans:* Zur Pathologie und Therapie des Milzabscess. Arch. f. klin. Chir., 114, 1920.

Ze Szpitala Powiatowego w Tomaszowie Lubelskim

Torbiel skórzasta głowy

podał

Dr Janusz Peter
Dyrektor szpitala.

Przetrwanie torbieli skórzastej do takiej wielkości, jak na fotografii (rys. 1), należy do rzadkości, gdyż torbiele skórzaste głowy, w przeciwieństwie do kaszaków, jako sprawy wrodzone, bywają usuwane zwykle już w najwcześniejszym dzieciństwie. W tym wypadku wszystkie sfery postępują zgodnie: przynoszą dziec-

ko możliwie najwcześniej do lekarza, celem dokonania zabiegu. Na tym punkcie są czuli zwłaszcza włościanie, nie chcąc, by dziecko z naroślą miało się później stać obiektem nagabywań. Nawet jedynaka nie wahają się poddać operacji, byle by znikł twór, zwracający powszechną uwagę i rozmaicie komentowany.

W naszym przypadku stało się inaczej, dzięki powiadomieniu matki przez lekarza, do którego zgłosiła się z kilkumiesięcznym oseskiem, że zoperowanie guza mogłoby pociągnąć za sobą utratę życia dziecka, ponieważ urodziło się z przepukliną mózgową, a odcięcie guza, względnie jego od-



Rys. 1.

prowadzenie nie zawsze kończy się szczęśliwie. Zwyciężyło serce matki, która wobec tego wolała mieć dziecko z defektem. Nie przewidziała jednak jednej rzeczy: stałego powiększania się guza. W siódmym roku życia był już tak pokaźny, że chłopiec wstydząc się docinków rówieśników, zaprzestał chodzenia do szkoły, począł się kryć, czapki nigdy z głowy nie zdejmując i tylko wieczorami wymykał się z chałupy. Chodził wprawdzie do robót w polu, lecz wnętrze kościoła znał tylko z opowiadania, a zabawy ze słyszenia. Uważano go za dziwaka i poczęto stronić od niego. Dopiero na poborze wojskowym dowiedział się, że guz nie jest wypukliną mózgową i że można go spokojnie usunąć. Z polecenia starosty przyprowadzono zalęknionego do szpitala. Tu, korzystając z nieuwagi służby z miejsca zaszył się w kępce zarośli w ogrodzie szpitalnym, skąd zgłodniały wyszedł dopiero wieczorem.

Zabiegu dokonano w znieczuleniu miejscowym, usuwając torbiel, która po rozcięciu wykazała typową zawartość miazgowatą ze zbitym kłębem włosów.

Rzecz zrozumiała, że siodełkowate zagłębienie czaszki w miejscu usadowienia się torbieli, pozostanie na zawsze. Odpowiednie jednak ułożenie fryzury nadało głowie kształt prawidłowy.

Znamienne w tym przypadku jest to, że zahukany i nieufnie odnoszący się do otoczenia młodzieniec, rychło zmienił się do niepoznania. Przekonaliśmy się o tym po kilku miesiącach, kiedy przybył powtórnie do szpitala. Tym razem jednak nie w związku z niedawno przeprowadzonym zabiegiem, lecz z ostrą rzeżączką.

W przypadku tym nasuwają się następujące uwagi: Lekarz, o którym wspomniałem, miał na myśli wrodzoną przepuklinę mózgową *(encephalocystocele, encephalocele, meningocele)*, wypuklającą się na zewnątrz przez otwór w czaszce. Obmacywaniem bowiem wokół podstawy guza stwierdzał wał, który uważał za brzeg otworu w czaszce. Szczegół ten zbił go z tropu, gdyż w rzeczywistości był to tylko brzeg siodełkowato ugiętej czaszki pod naporem wzrastającej torbieli skórzastej.

Nie należy zatem zapominać o momentach pomocniczych w różniczkowym rozpoznaniu, przede wszystkim o lokalizacji guza. Wrodzone bowiem guzy czaszki i kręgosłupa po największej części stoją w związku przyczynowym z niezamknięciem się rynienki rdzeniowej po stronie grzbietowej w najwcześniejszym okresie rozwojowym. Niezamknięcie to zdarza się najczęściej w jej odcinku ogonowym i głowowym i to w linii pośrodkowej, w miejscach, w których w życiu embrionalnym łączy się ze sobą większa ilość kości. Lokalizacja przepuklin mózgowych jest typowa, a mianowicie: w okolicy potylicznej, jako: *A)* tylna *(cephalocele occipitalis sup. et inf.)* zależnie, czy znajduje się powyżej, czy poniżej guzka potylicznego, przy czym w ostatnim przypadku szczeli-

na może dochodzić do foramen occipitale magnum, a nawet przezeń dalej — na kręgosłup. Jest ona częstsza od *B)* czołowej (*cephalocele sincipitalis*), w której dochodzi do wypuklenia stale przez szczelinę w kości sitowej a) w dolnym odcinku w okolicy gładyszki (glabella, *cephalocele nasofrontalis*) b) w okolicy wewnętrznego kąta oka (*cephalocele nasoorbitalis*) c) popod kość nosową (*cephalocele nasoethmoidalis*) d) bardzo rzadko: przez szczelinę w podniebieniu, oczodołową górną i dolną (*fissura orbitalis sup. et inf.*) wreszcie do dołu klinowoszczękowego (*fossa sphenomaxillaris*).

W tym miejscu mogły by jeszcze różniczkowo wchodzić w rachubę następujące wrodzone guzy jak: tłuszczak, naczyniak, włókniak lub inne twory np. *encephalocele spuria s. traumatica*, te jednakże w przeciwieństwie do przepukliny mózgowej nie dają się odprowadzać. Ostatecznie dla decydującego rozstrzygnięcia sprawy pozostawałoby badanie rentgenowskie.

ZUSAMMENFASSUNG

Ein Fall von Dermoidzyste des Kopfes

von

Dr J. Peter (Tomaszów Lub.)

Ein Fall von einer operierten grossen Dermoidzyste des Kopfes bei 21 jährigen Bauer, die nach Geburt irrtümmlich als Gehirnvorstülpung erkannt wurde.

TECHNIKA OPERACYJNA

Z Instytutu Chirurgii Urazowej w Warszawie
Kierownik: *Płk dr T. Sokołowski.*

W sprawie postępowania w zwichnięciach stawu barkowego, powikłanych złamaniem szyi kości ramiennej [1])

podał

Dr Henryk Ciszkiewicz.

Zwichnięciom stawu barkowego mogą towarzyszyć uszkodzenia kostne, najczęściej w postaci złamań guzka większego, rzadziej — złamań szyi (chirurgicznej lub anatomicznej) kości ramiennej albo panewki łopatki.

W materiale Instytutu Chirurgii Urazowej z lat 1936/7, wynoszącego nieco ponad 100 przypadków zwichnięć barku, *współistniejące uszkodzenie kostne stwierdzono w ⅓ przypadków*, a mianowicie: w 24 przyp. złamanie guzka większego, w 7 — złamanie szyi kości ramiennej i w 4 — złamanie panewki.

O możliwości współistnienia uszkodzeń

---

[1]) Referat wygłoszony na VI Zjeździe Pol. Tow. Ortop. i Traumatolog. w Poznaniu dnia 4.IV 1938 r.

kostnych trzeba zawsze pamiętać rozpoznając zwichnięcie barku i należy przyjąć za zasadę wykonanie zdjęcia rentgenowskiego przed przystąpieniem do nastawiania zwichnięcia, by powikłanie to stwierdzić czy wyłączyć.

Nastawianie zwichnięcia w przypadkach powikłanych złamaniem guzka lub uszkodzeniem kostnym panewki, zasadniczo nie różni się od nastawiania zwichnięć nie powikłanych; natomiast próby nastawiania przy współistniejącym, a nie rozpoznanym złamaniu szyi kości ramiennej — są niezmiernie szkodliwe.

W przypadkach, w których na dobrym rentgenogramie uwidacznia się wyraźnie odłamanie zwichniętej główki (w razie jakichkolwiek wątpliwości należy zdjęcie powtórzyć — porównaj rys. 6a), postępowanie polega przede wszystkim na świadomie i celowo dokonanej próbie nastawienia; warunkiem koniecznym jest głębokie uśpienie, powodujące zupełne rozluźnienie mięśni; przy odwiedzeniu ramienia zastosowuje się silny wyciąg w kierunku bocznym, celem wytworzenia wolnej przestrzeni pomiędzy dnem panewki a kikutem trzonu kości ramiennej. Może tu znaleść zastosowanie ta sama technika, co przy nastawianiu złamań szyi kości ramiennej: chory leży na stole na zdrowym boku, przywiązany pasem przebiegającym przez klatkę piersiową; asystent stoi na stole okrakiem ponad chorym i silnie wyciąga zgiętą w łokciu kończynę. Teraz usiłujemy wprowadzić do panewki odłamaną i zwichniętą główkę, wpychając ją ręcznie poprzez powłoki. Próby nastawiania sposobem zwykłym, np. Kochera, bez bocznego wyciągu ramienia, są niekorzystne i mogą dać pomyślny wynik tylko w wyjątkowych wypadkach, w których odłamana główka pozostaje w łączności z trzonem za pośrednictwem tkanek miękkich.

Jeżeli bezkrwawe nastawienie zwichnięcia nie udaje się, to wtedy metodą z wyboru powinna być operacyjne usunięcie odłamanej główki: doświadczenie poucza, że nastawienie krwawe daje końcowy wynik czynnościowy znacznie gorszy, niż usunięcie główki. Z wykonaniem zabiegu nie należy zwlekać, gdyż wczesna operacja nie tylko jest technicznie o wiele łatwiejsza niż w przypadkach zastarzałych, ale i daje pomyślniejsze rokowanie czynnościowe. Dostęp z przedniego cięcia jest łatwy — odłamaną główkę wydobywa się za pomocą ostrego jednozębnego haka, po czym często zachodzi jeszcze potrzeba wygładzenia szczypcami kostnymi powierzchni złamania kikuta kości ramiennej.

Po zabiegu nakłada się na kilka dni opatrunek Desaulta, a następnie unieruchamia się kończynę na szynie odwodzącej na okres 10 — 14 dni, co jest niezbędne ze względu na pooperacyjne zmiany w okołostawowych tkankach miękkich; wreszcie rozpoczyna się uruchamianie kończyny; wchodzą tu w grę: gimnastyka czynna i bierna, masaże i nagrzewania, by doprowadzić do możliwie obszernego zakresu ruchów w nowym stawie. Szynę odwodzącą zdejmuje się dopiero wtedy, gdy czynne unoszenie kończyny ponad szynę przychodzi choremu z łatwością.

Wspomnę teraz po krótce o 7 przypadkach leczonych w Instytucie, celem zobrazowania omówionego powyżej postępowania.

Przypadek 1. (rys. 1 a-c). Mężczyzna 39 l.; zwichnięcie pr. barku ze skośnym złamaniem szyi chirurgicznej, wskutek upadku z konia. Nastawienie bezkrwawe. Obecnie, w 16 mies. po urazie, pacjent określa w liście stan swej kończyny jako zadawalający: „pozostało drobne ograniczenie ruchów, np. przy wyprostowaniu ręki w górę, dużym palcem prawej dłoni dotykam połowy lewej dłoni".



Rys. 1a. Przyp. 1. Rntg. pierwotny.



Rys. 1b. Przyp. 1. Rntg. po nastawieniu bezkrwawym.

Przypadek 2. (rys. 2a, b). Kobieta 62 l.; zwichnięcie pr. barku ze złamaniem szyi chirurgicznej, wskutek upadku z bryczki. Nastawienie za-



Rys. 1c. Przyp. 1. Rntg. kontrolny po 3 mies.



Rys. 2a. Przyp. 2. Rntg. pierwotny.

chowawcze. Po 5 tyg. leczenia szpitalnego unosi kończynę do poziomu. Do badania kontrolnego nie zgłosiła się.



Rys. 2b. Przyp. 2. Rntg. po nastawieniu bezkrwawym.

Przypadek 3. (rys. 3a-c). Mężczyzna 40 l. Zasługuje tu na uwagę niecodzienny mechanizm powstania tak ciężkiego uszkodzenia: wskutek rażenia prądem elektrycznym przy dotknięciu do przewodnika szarpnął kończyną tak gwałtownie, że doszło do zwichnięcia pr. barku ze złamaniem skośnym szyi chirurgicznej k. ramiennej. W Pogotowiu, bez rentgenogramu, usiłowano bezowocnie nastawić zwichnięcie.

Leczenie operacyjne: krwawe nastawienie i przybicie odłamanej główki 2-ma gwoździami Lambotte'a, gdyż zaklinowanie odłamów, wobec skośnego przebiegu złamania, było niewykonalne. Wypisany z raną zagojoną, na szynie odwodzącej do leczenia ambulatoryjnego. Po kilku tygodniach otworzyła się w bliźnie pooperacyjnej przetoka z wydzieliną ropną. W 2 mies. po zabiegu usunięto gwoździe; pomimo tego na kolejnych rentgenogramach widać odwapnienie główki, które wyraźnie się nasila. Wobec dolegliwości i stałej wydzieliny ropnej z przetoki, po dalszych 10 tyg. dokonano resekcji główki. Przetoka wkrótce zagoiła się. Badanie kontrolne po upływie roku: wciągnięta blizna po przednim cięciu otwierającym staw barkowy; ruchy czynne w stawie barkowym znacznie ograniczone wskutek dużego zaniku mięśni pasa barkowego; ruchy bierne wykonalne bez bólu w dużym zakresie; siła kończyny dobra.

Niepomyślny wynik czynnościowy należy przypisać w tym przypadku kilku czynnikom, którymi były: trzykrotny śródstawowy zabieg opera-



Rys. 3a. Przyp. 3. Rntg. pierwotny.



Rys. 3b. Przyp. 3. Rntg. po nastawieniu operacyjnym i zespoleniu odłamów 2-ma gwoździami Lambotte'a.



Rys. 3c. Przyp. 3. Rntg. po wtórnej resekcji główki.

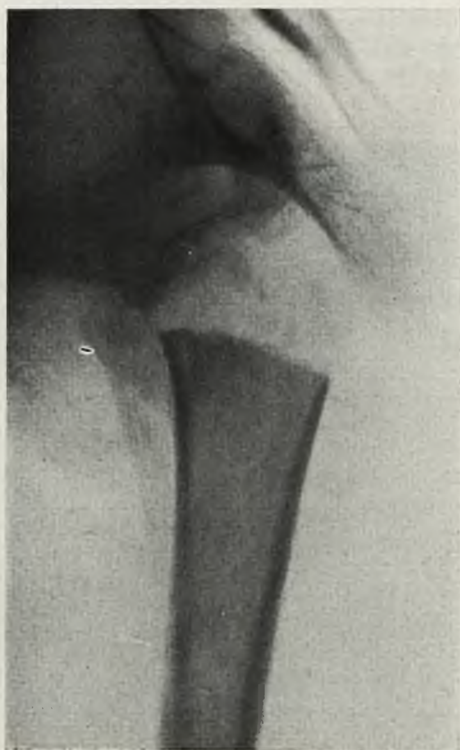
Przypadek 4. Mężczyzna 34 l. Zwichnięcie lew. barku ze złamaniem szyi k. ramiennej, wskutek upadku z konia. Bezpośrednio po wypadku była robiona próba nastawienia, bez badania rentgenowskiego. Po przyjęciu do Instytutu wykonano niezwłocznie resekcję główki, która uległa rozbiciu na 3 odłamy — stanowiło to tym bardziej bezwzględne wskazanie do zabiegu radykalnego. Leczenie fizykalne i zdrojowe dało wynik tak pomyślny, że po upływie ½ roku oficer ten mógł powrócić do służby.

Przypadek 5. (rys. 4a, b). Mężczyzna 24 l. Zwichnięcie lew. barku ze złamaniem szyi anatomicznej, wskutek upadku z wozu. Próba nastawienia bezkrwawego nie dała wyniku. Resekcja główki. Kontrolne badanie po 10 mies.: unoszenie kończyny do poziomu; upośledzenie sprawności kończyny przy ciężkiej pracy fizycznej, umiarkowane dolegliwości. Leczenie fizykalne, ze względów materialnych, nie było przeprowadzone w sposób dostateczny.

cyjny, późne powikłanie ropne z długotrwałą przetoką oraz zaniedbanie przez chorego zaleconego mu po zagojeniu przetoki leczenia fizykalnego.



Rys. 4a. Przyp. 5. Rntg. pierwotny.



Rys. 4b. Przyp. 4. Rntg. po pierwotnej resekcji główki.



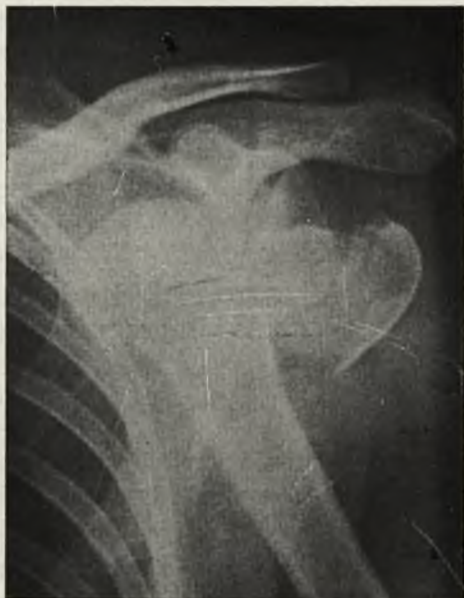
Rys. 5a. Przyp. 6. Rntg. w 3 tyg po wypadku.



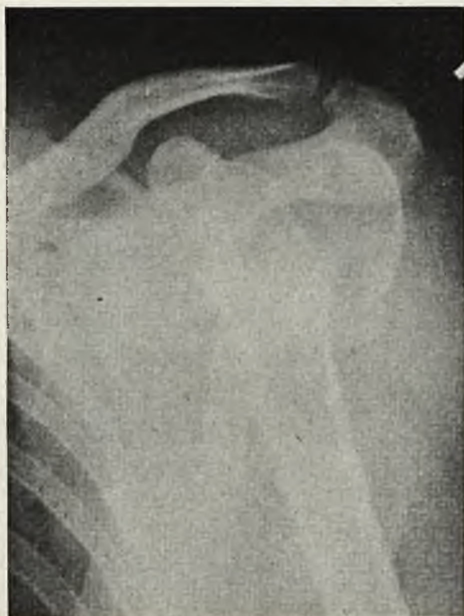
Rys. 5b. Przyp. 6. Rntg. po resekcji główki.

Przypadek 6. (rys. 5a, b). Mężczyzna 40 l. Zastarzałe zwichnięcie pr. barku ze złamaniem szyi chirurgicznej; przybył do Instytutu po 3-tygodniowym leczeniu w innym szpitalu z objawami ciężkiego niedowładu kończyny. Resekcja główki. Ruchy w stawie łokciowym, garstkowym i palcach wróciły szybko w pełnym zakresie, unoszenie ramienia ponad szynę swobodne. Do badania kontrolnego nie zgłosił się.

Przypadek 7. (rys. 6a-c). Kobieta 34 l. Zwichnięcie lew. barku ze złamaniem szyi anatomicznej i odłamaniem guzka większego k. ramiennej, wskutek upadku z 1. piętra. Na pierwotnym rentgenogramie (a), wykonanym na papierze, nie dostrzeżono linii złamania w obrębie szyi anatomicznej i wobec tego nastawiano zwichnięcie uwzględniając tylko złamanie guzka; w wyniku do panewki wstawił się tylko kikut trzonu k. ramiennej, a odłamana główka pozostała poniżej wyrostka kruczego (b). Resekcja główki. Unieruchomienie na szynie odwodzącej w ciągu 4 tyg. ze względu na odłamanie guzka. Chora znajduje się jeszcze w leczeniu w Instytucie i była przedstawiona na posiedzeniu Warsz. Koła P. T. O. i T.



Rys. 6a. Przyp. 7. Rntg. pierwotny. Linia złamania w obrębie szyi anatomicznej ledwo dostrzegalna.



Rys. 6b. Przyp. 7. Rntg. po próbie nastawienia zwichnięcia.



Rys. 6a. Przyp. 7. Rntg. po resekcji główki.

Reasumując: na 7 przypadków zwichnięcia barku, powikłanego złamaniem szyi k. ramiennej — dwa nastawiono bezkrwawo, jeden — operacyjnie, przybijając odłamaną główkę do trzonu 2-ma gwoździami Lambotte'a (przypadek zakończył się wtórną resekcją główki z powodu jej martwicy), wreszcie w 4 pozostałych wykonano pierwotną resekcję główki, wobec niemożności nastawienia zachowawczego.

Najgorszy wynik czynnościowy uzyskano w przyp. 3., nastawianym krwawo i dlatego odstąpiono nadal od prób tego rodzaju, zwłaszcza z użyciem metalowych protez. Wyniki inne, po usunięciu główki, biorąc pod uwagę ciężkość omawianego uszkodzenia, są zachęcające, z warunkiem sumiennego przeprowadzenia leczenia fizykalnego pooperacyjnego.

Z Instytutu Chirurgii Urazowej w Warszawie.
Kierownik: Płk Dr T. Sokołowski.

W sprawie leczenia złamań trzonów kości podudzia ze szczególnym uwzględnieniem złamań wielokrotnych

podał

Dr Zygmunt Ambros.

Wytyczne leczenia złamań trzonów kości podudzia uzależnione są od postaci złamania.

Złamania poprzeczne, skośne, spiralne czy wielokrotne wymagają odmiennej techniki leczenia. Na ogół jednak w praktyce nie rozgranicza się tych postaci złamań, usiłując co najwyżej poprowadzić leczenie według zasad, przyjętych w podręcznikach, które dają się ująć następująco:

1. W złamaniach kości podudzia — dążyć należy do odtworzenia prawidłowych

stosunków przez usunięcie przemieszczenia, gdyż wszelkie skrócenia, a szczególnie skrzywienia osi upośledzają statykę i powodują trwałe zaburzenia używalności kończyny.

2. Po uzyskaniu poprawnego nastawienia odłamów, należy je utrwalić aż do czasu wystąpienia wystarczająco mocnego zrostu, za pomocą dokładnego unieruchomienia.

Utrzymanie odłamków we właściwym ustawieniu sprawia niejednokrotnie większe trudności, aniżeli samo nastawienie złamania. Na stole wyciągowym udaje się na ogół łatwo wyrównać przemieszczenie odłamów, zwłaszcza przy użyciu wyciągu bezpośredniego za kość piętową, czy choćby zwyczajnej pętli. Dużo trudniej jednak jest utrzymać zdobyte nastawienie. W złamaniach skośnych, czy złamaniach wielokrotnych, nawet najdokładniej domodelowany gips nie zabezpiecza przed ponownym ześliznięciem się odłamów. Przemieszczeniom wtórnym bardzo często ulegają również i złamania poprzeczne, w których, po cofnięciu się obrzęku kończyny i obluźnieniu opatrunku gipsowego, następuje skrzywienie osi.

Mimo spełnienia więc obu podstawowych warunków, zwłaszcza przy braku systematycznej kontroli, otrzymuje się często wręcz złe wyniki w leczeniu złamań trzonów kości podudzia. Aby tego uniknąć usiłowano poprawić wyniki leczeniem za pomocą wyciągów, względnie kombinowanymi metodami wyciągowo - gipsowymi. *Hackenbruch* opracował dla leczenia złamań trzonów kości podudzia opatrunek klamrowo - wyciągowy, który łączy równocześnie mechaniczne rozciąganie odłamów, ze sztywnym unieruchomieniem opatrunku gipsowego.

Boever starał się zapobiegać wtórnemu przemieszczaniu się odłamów, zespalając je po nastawieniu złamania za pomocą śrub, które ujmuje w specjalne ramki. Metodę swoją nazwał „ostéosynthèse par fixateur externe".

Bardzo pomocną i znacznie wartościowszą od wspomnianych metod okazała się t. zw. t r a n s f i k s j a, którą wprowadził *Böhler* w leczeniu skośnych i spiralnych złamań trzonów kości podudzia. Polega ona na wbiciu w kość piszczelową, w chwili uzyskania na wyciągu dobrego ustawienia, 2 gwoździ Steinmanna długości około 15 cm, grubości 3,5 mm. Wbija się je w okolice przynasadowe piszczeli powyżej i poniżej miejsca złamania. Gwoździe zostają wgipsowane w zwyczajny opatrunek — tak unieruchomione odłamy nie mogą już żadną miarą zmienić swego położenia. Tranfiksja *Böhlera* znalazła bardzo wielu zwolenników, jako wygodne rozwiązanie sprawy. Zaczęto tedy stosować postępowanie *Böhlera* nie tylko w złamaniach spiralnych, ale przyjęto je jako w ogóle metodę z wyboru w leczeniu złamań trzonów kości podudzia.

Tego rodzaju jednostronność w wyborze techniki jest jednak przesadna, gdyż zdaniem *Sokołowskiego* we wszystkich prawie postaciach złamań trzonów kości podudzia udaje się uzyskać zrost w anatomicznym lub dobrym ustawieniu odłamków, a co za tym idzie i pełnowartościowy wynik czynnościowy, za pomocą odpowiedniego, znacznie prostszego postępowania. Zastosowania transfiksji wymagają jedynie złamania wielokrotne, w leczeniu których stanowi ona prawdziwie wartościową pomoc.

W I n s t y t u c i e C h i r u r g i i U r a z o w e j przyjęto następujące wytyczne w leczeniu złamań trzonów kości podudzia:

1. Z ł a m a n i a p o p r z e c z n e leczy się bezpośrednio nastawieniem pod kontrolą rtg. na stole opatrunkowo - wyciągowym. Ponieważ powierzchnia odłamków w tych postaciach złamań jest przeważnie zazębiona, równocześnie z nasta-

wieniem następuje wklinowanie odłamków i dzięki temu udaje się utrzymać je we właściwym ustawieniu po założeniu dobrze dopasowanego opatrunku gipsowego bez podściółki. Opatrunek gipsowy bez podściółki ma tę dodatnią stronę, że przylega ściśle i nie obluźnia się po ustąpieniu obrzęku. Kończyna zostaje zagipsowana w zgięciu stawu kolanowego pod kątem 30 — 45°, gdyż w tym ułożeniu znosimy działanie mięśni łydki, które prowadzić może do wtórnego skrzywienia osi.

2. Złamania skośne i spiralne leczymy początkowo wyciągiem drutowym przez kość piętową na podstawce Brauna. Po 10 — 14 dniach, kiedy wyciąg dostatecznie rozciągnął odłamy, przystępuje się do ostatecznej repozycji, która ma głównie za zadanie już tylko poprawienie osi kończyny. W opatrunek gipsowy wmontowuje się rozpiętą klamrę wyciągową, uzyskując w ten sposób pewne zabezpieczenie przed możliwością wtórnego przesunięcia się odłamów. Po 6-ciu tygodniach usuwamy klamrę i zmieniamy gips na marszowy.

3. Złamania z fragmentacją leczono początkowo tak jak złamania poprzeczne lub skośne, zależnie od tego, jak przebiegała linia złamania. Obserwacja kliniczna wykazała jednak, że prawie z reguły w tych postaciach złamań dochodzi do wtórnego przemieszczenia odłamów i dlatego za najbardziej celowe uznano leczenie złamań wielokrotnych transfiksją *Böhlera*.

Przytoczone historie chorób stanowią potwierdzenie naszych spostrzeżeń odnośnie do leczenia wielokrotnych złamań trzonów kości podudzia.

Przyp. 1. K. R. l. 24. Przed kilkoma godzinami został potrącony przez samochód, padając na bruk doznał wielokrotnego złamania podudzia prawego. Rtg. (rys. 1.) wykonany bezpośrednio po przyjęciu chorego wykazał podwójne złamanie kości piszczelowej. Górna powierzchnia złamania przebiega w połowie wysokości trzonu piszczela, poprzecznie, a dolna—skośnie na dłoń powyżej stawu skokowego. Poprzeczne złamanie



Rys. 1.

strzałki nieco poniżej górnej powierzchni złamania. Wolny odłam piszczela długości około 10 cm. przemieszczony jest na całą szerokość do środka i do tyłu.

W narkozie ogólnej na stole wyciągowym nastawiono złamanie i założono ustalający opatrunek gipsowy. Kontrola rtg. wykonana bezpośrednio po zabiegu wykazała poprawne ustawienie odłamów (rys. 2.).



Rys. 2.

Równie poprawny stan wykazał rentgenogram po tygodniu; wobec tego chorego wypisano ze szpitala, polecając mu zgłosić się za 8 tygodni do



Rys. 3

zdjęcia gipsu. Chory przybył do Instytutu w oznaczonym czasie. Badanie wykazało, że oś kończyny uległa skrzywieniu ku tyłowi, natomiast zrost odłamów jest już zupełnie mocny. Na rtg. (rys. 3.) stwierdzono, że wolny odłam uległ wtórnemu przemieszczeniu do środka i do tyłu skutkiem czego oś kończyny wykrzywiła się. Szpary złamania wypełnia silna kostnina.



Rys. 4.

P r z y p. 2. A. W. l. 28. Spadając z rusztowania doznał, obok ogólnych potłuczeń, wielokrotnego złamania kości podudzia lewego. Rtg. w chwili przyjęcia wykazał podwójne złamanie kości piszczelowej w połowie wysokości trzonu, oraz nadkostkowe złamanie strzałki. Powierzchnie złamania przebiegają skośnie od przodu do tyłu, wolny zaś odłam jest nieznacznie tylko przemieszczony do środka i ku tyłowi.

W narkozie ogólnej nastawiono złamanie i założono ustalający opatrunek gipsowy. Kontrola rtg. (rys. 4.) wykazała anatomiczne ustawienie odłamów. Na zdjęciach kontrolnych wykonanych w dwa tygodnie po tym stwierdzono wtórne skrzywienie osi ku tyłowi, które jednak dało się łatwo poprawić przez przecięcie gipsu.

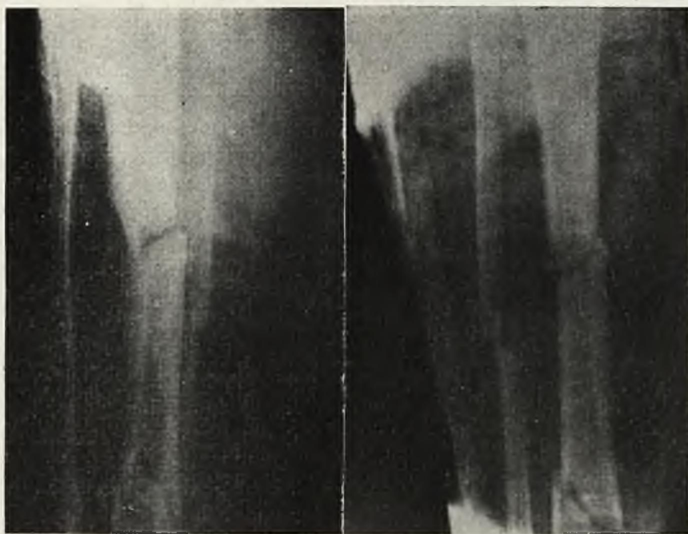
P r z y p. 3. M. J. l. 28. Przed dwoma godzinami w czasie ćwiczeń wojskowych, został odrzucony wybuchem miny prochowej na kilkanaście metrów, a padając na znajdujące się opodal gruzy uległ złamaniu uda i podudzia pr.

Po przyjęciu chorego do Instytutu stwierdzono: oparzenia II-go stopnia twarzy oraz przedramienia i dłoni lewej, złamanie poprzeczne kości udowej prawej oraz wielokrotne złamanie podudzia po tej samej stronie, rany darte na podudziu prawym w okolicy kostek oraz na grzbiecie stopy, w okolicy zaś stawu kolanowego pr. ranę szarpaną okalającą od strony przyśrodkowej rzepkę.



Rys. 5.

Rtg. (rys. 5) wykazał poprzeczne złamanie kości udowej z wolnym odłamem, oraz podwójne



Rys. 6.

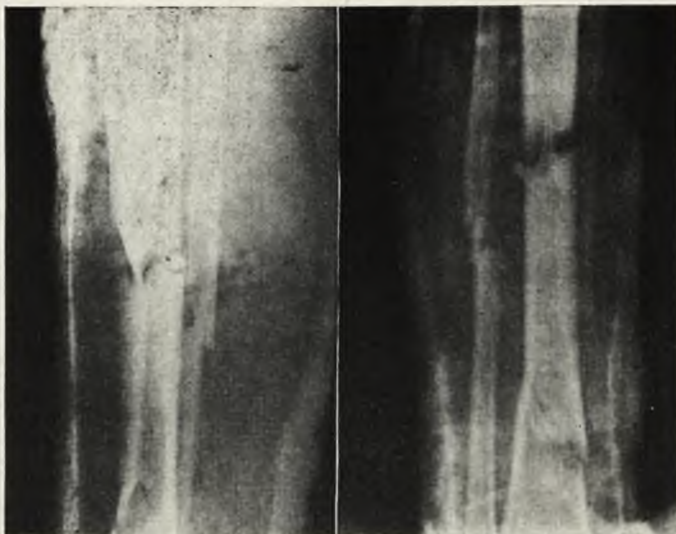
złamanie kości piszczelowej i strzałkowej, o powierzchniach złamania przebiegających skośnie na wysokości jednej trzeciej górnej i dolnej trzonu kości piszczelowej. Na wysokości górnej powierzchni złamania oś podudzia silnie kątowo przegięta ku tyłowi.



Rys. 7.

Po wycięciu ran i założeniu szwu pierwotnego, przystąpiono do nastawienia złamania podudzia w ten sposób, że przeprowadzono przez górną okolicę przynasadową gwóźdź Steinmanna, końce jego ujmując ramionami klamry. W ten sposób uzyskano przeciwwyciąg, właściwy zaś wyciąg stanowiła klamra Schmerza założona za kość piętową. W tym ułożeniu udało się uzyskać anatomiczne nastawienie odłamów (rys. 6). Ponieważ z uwagi na złamanie uda opatrunek gipsowy mógł sięgać tylko do kolana, wgipsowano gwóźdź Steinmanna. Złamanie kości udowej mogło być dzięki temu leczone na szynie pionowej za pomocą wyciągu stałego; opatrunek ten pozwalał poza tym na otwarte leczenie rany w okolicy stawu kolanowego. Wykonany po 2 tygodniach rtg. kontrolny (rys. 7) wykazał znacznego stopnia skrzywienie osi kończyny. Wobec tego musiano wykonać powtórną repozycję i dla zabezpieczenia się przed ponownym przesunięciem, przewiercono i przez dolny odcinek kości piszczelowej gwóźdź Steinmanna, którego końce wgipsowano w opatrunek ustalający. Po ostatnim nastawieniu (rys. 8) udało się dzięki temu utrzymać poprawne ustawienie odłamów aż do czasu konsolidacji. Po 6-ciu tygodniach usunięto równocześnie wyciąg za kłykcie kości udowej oraz gwoździe Steinmanna i przystąpiono do stopniowego uruchamiania stawu kolanowego.

P r z y p. 4. K. S. l. 30; chory podaje, że przez 8 tygodni pozostawał w leczeniu w jednym ze szpitali poza Warszawą z powodu złamania podudzia lewego. W czasie leczenia kilkakrotnie podejmowano próby nastawienia złamania, które jednak nie powiodły się, wobec czego chory zgła-



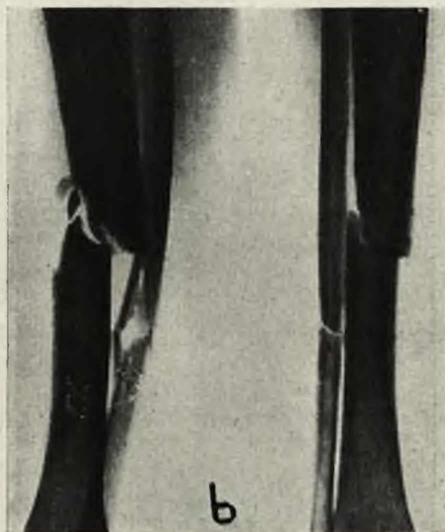
Rys. 8.

sza się do Instytutu z prośbą o dalsze leczenie. Stan miejscowy: podudzie lewe zniekształcone przez wygięcie jego osi ku tyłowi. Poprzez skórę wyczuwa się wysterczające odłamy kości. Na



Rys. 9.

skórze w tej okolicy daleko posunięte zmiany troficzne. Rtg. wykazał podwójne złamanie kości piszczelowej i strzałki z wolnymi odłamami. Ponieważ próba nastawienia bezkrwawego nie powiodła się, wobec już dość silnie zaawansowanego zrostu kostnego, rozdłutowano operacyjnie dolną powierzchnię złamania i po nastawieniu założono gwoździe Steinmanna powyżej i poniżej miejsca złamania wgipsowując je w opatrunek ustalający. Rtg. (rys. 9) wykazał poprawne ustawienie odłamków i osi kończyny.



Rys. 10.

P r z y p. 5. C. M. l. 42; chory podaje, że przed dwoma miesiącami został uderzony zderzakiem



Rys. 11.

samochodu w prawe podudzie. Początkowo leczono go z powodu złamania podudzia pr. w jednym ze szpitali poza Warszawą i, podobnie jak w przypadku poprzednim, nie udało się uzyskać zrostu odłamów. Po przyjęciu do Instytutu stwierdzono skośne złamanie w połowie wysokości trzonu kości piszczelowej, oraz nieco poniżej poprzeczne złamanie kości strzałkowej. Oś kończyny kątowa-



Rys. 12.

to załamana (rys. 10); na wysokości złamania stwierdza się nieprawidłową ruchomość. Wobec tego jednak, że zrost strzałki nie pozwalał już na poprawienie ułożenia odłamów kostnych, wykonano osteotomię strzałki. Po wbiciu 2 gwoździ Steinmanna (rys. 11) powyżej i poniżej miejsca złamania założono ustalający opatrunek gipsowy, pozwalając choremu obciążać kończynę. Po 8-miu tygodniach usunięto gwoździe Steinmanna i zmieniono gips na marszowy (rys. 12).

W przypadku I i II, jak wynika z przedstawionych historii chorób, udało się uzyskać przez nastawienie na stole wyciągowym odtworzenie prawidłowych stosunków anatomicznych. Mimo tego, że kończyny unieruchomiono w szczelnym opatrunku gipsowym, już po 2 tygodniach w obu przypadkach nastąpiło wtórne przemieszczenie odłamków i wyraźne skrzywienie osi. Przemieszczenie to zostało wywołane cofnięciem się obrzęku i obluźnieniem opatrunku gipsowego. Najważniejszą jednak przyczynę przemieszczeń wtórnych w złamaniach wielokrotnych przypisać należy resorbcji powierzchni odłamków, przez co poszerza się szpara złamania i rozklinowane w ten sposób odłamy ulegają przemieszczeniu, a oś ulega skrzywieniu. Zjawisko to dało się zauwa-

żyć i w III z przytoczonych przypadków. Ze względu na złamanie kości udowej, które wymagało leczenia na wyciągu stałym, musiano po nastawieniu złamania podudzia poprzestać na opatrunku gipsowym do kolana. Aby uniknąć przemieszczenia odłamów, przeprowadzono przez górny odcinek kości piszczelowej gwóźdź Steinmanna, który został wgipsowany w opatrunek ustalający. Po 14-tu dniach jednak kontrola rtg. wykazała znaczne skrzywienie osi ku tyłowi. Mimo że nie stosowano wyciągu, dało się zauważyć znaczne poszerzenie szpary złamania. Dopiero wbicie drugiego gwoździa w okolicę przynasadową dolną utrwaliło powtórną repozycję i pozwoliło na utrzymanie jej, aż do czasu konsolidacji złamania. Przypadek V dotyczył chorego z zastarzałym skośnym złamaniem podudzia prawego, gdzie mimo opóźnienia konsolidacji nie udało się zwyczajnym postępowaniem uzyskać poprawy ustawiania odłamów kostnych. Oś kończyny poprawiono dopiero po osteotomii strzałki; aby zabezpieczyć odłamy przed wtórnym przemieszczeniem sprężynującej, włóknistej blizny, wykonano transfiksję.

Z obserwacji naszych przypadków dają się wysunąć następujące wnioski:

1. W czasie nastawiania złamań trzonów kości podudzia należy zwracać uwagę jedynie na ustawienie odłamków kości piszczelowej, gdyż strzałka ustawia się sama poprawnie.
2. Za dostateczny wynik repozycji uznać można takie ustawienie odłamków, gdzie oś kończyny jest prawidłowa, a styk uzyskano conajmniej w połowie przekroju kości przy braku przemieszczeń kątowych.
3. W przypadkach cięższych, a przede wszystkim w złamaniach wielokrotnych, dobry wynik końcowy uzyskać można przez zastosowanie transfiksji.

SPRAWOZDANIA Z DZIAŁALNOŚCI SZPITALI

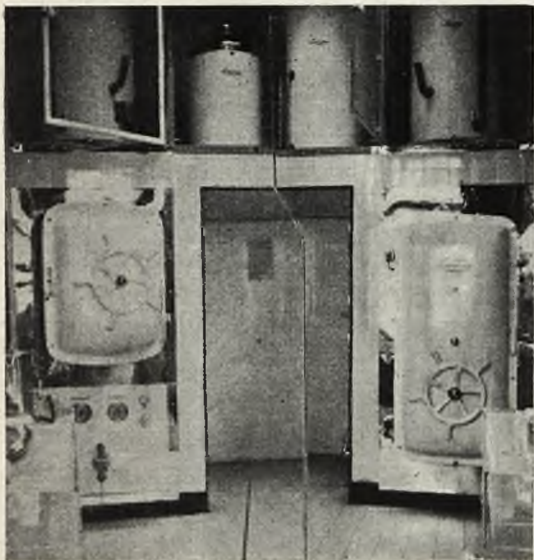
Sprawozdanie z oddziału chirurgicznego Szpitala U. S. im. G. Narutowicza w Krakowie, za lata 1935 — 38.

(Ordynator: *Dr. Jerzy Jasieński*)

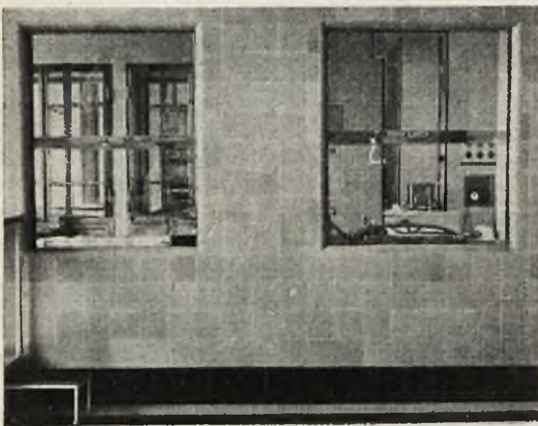
Oddział, otwarty w grudniu 1934 r., nowocześnie urządzony i wyposażony, zajmuje trzecie piętro pięciopiętrowego budynku. Powierzchnia zajmowanych przez oddział czterdziestu pięciu sal, ubikacyj dodatkowych i korytarzy (rozmieszczonych wzdłuż fasady frontowej, południowej strony dwu skrzydeł bocznych i środkowego skrzydła operacyjnego) wynosi 1.666,2 m^2, kubatura zaś 5.291 m^3. W pierwszym roku istnienia szpitala oddział rozporządzał tylko 120 łóżkami. Mimo otwarcia w kwietniu 1938 r. specjalnego 60-łóżkowego oddziału traumatologiczno - ortopedycznego, zaszła potrzeba powiększenia ilości łóżek chirurgicznych, tak że dziś oddział posiada 150 łóżek, a roczne ich obłożenie wynosi 92,5%.

Chorzy mieszczą się w sześciu salach 12-łóżkowych, dwu — 8-mio, dwu — 7-mio i 14 separatkach 3 i 4 łóżkowych. Oddzielne sale przeznaczone są dla chorych bezpośrednio po operacji, dalej dla chorych po zabiegach czystych i ropnych, wreszcie dla dzieci. Separatki i pokoje lekarskie mieszczą się po jednej stronie korytarza głównego, po drugiej zaś — dwa pokoje opatrunkowe, kuchenki podręczne i schowki na bieliznę z 4 windami, łączącymi te ubikacje z kuchnią i pralnią, wreszcie winda osobowa i łóżkowa. Sale chorych posiadają włącznik do słuchawek radiowych. W środkowych i bocznych częściach gmachu są trzy klatki schodowe.

W środkowym skrzydle operacyjnym po środku mieści się sterylizacja *Lautenschlägera.* W ścianę działową, mieszczącą drzwi wejściowe są wmurowane dwa autoklawy (rys. 1), nad nimi zaś znajduje się aparat destylacyjny, z którego woda



Rys. 1.



Rys. 2.



Rys. 3.

rurami rozchodzi się po wszystkich piętrach, oraz dwa kotły z wodą sterylizowaną do mycia rąk. Ściany boczne działu sterylizacji łączą się przy pomocy okien ściennych (rys. 2), ze znajdującymi się po obu stronach salami operacyjnymi: przez jedno z nich bierze się wprost z autoklawu narzę-



Rys. 4.

dzia czyste, przez drugie—oddaje zużyte. Środkowy występ pokoju sterylizacyjnego zajmują szafy z narzędziami, sterylizator suchym powietrzem i cieplarka elektryczna (rys. 3). Sale operacyjne (rys. 4, 5) posiadają oświetlenie górne i boczne; trzy boczne okna podwójne, umocowane w ramie metalowej na pionowej osi obrotowej, pozwalają na przewietrzenie sali w ciągu kilku sekund. Sale



Rys. 5.

posiadają kryte kaloryfery, przy czym duży kaloryfer środkowy, zaopatrzony w termoregulator elektryczny, jest połączony ze specjalnym kotłem i przeznaczony na wypadek gdyby podczas mrozów ogrzanie sali od ogólnego centralnego ogrzewania okazało się niedostateczne. Lampy asciatyczne nad

stołami operacyjnymi połączone są z akumulatorami, które automatycznie zostają włączone w razie przerwania dopływu prądu z sieci miejskiej. Do sal operacyjnych przylegają: pokoje do mycia i przygotowalnie dla chorych, wreszcie po jednej stronie zaciemniona salka do skopii i zabiegów w nosie, gardle i krtani, po drugiej — pokój do przygotowania i przechowywania materiału operacyjnego i opatrunkowego.

Etaty: ordynator, laryngolog, 3 asystentów, 4 lekarzy adjutowanych, 8 pielęgniarek, 24 osoby personelu pomocniczego.

Ordynator i lekarze oddziałowi ogłosili drukiem 64 prace w języku polskim i około 20 w językach obcych.

Sprawozdanie, uwzględniające ilość chorych leczonych na oddziale w czasie ubiegłych trzech lat, wykonane zabiegi, powikłania pooperacyjne i śmiertelność przedstawione są graficznie; poszczególne tablice nie wymagają bliższego wyjaśnienia.

Niską stosunkowo śmiertelność pooperacyjną zawdzięczamy:

1. Stosowaniu hormonów płciowych przed operacją dla przygotowania chorego do zabiegu i w okresie rekonwalescencji pooperacyjnej u ludzi starych i wyniszczonych chorobą.

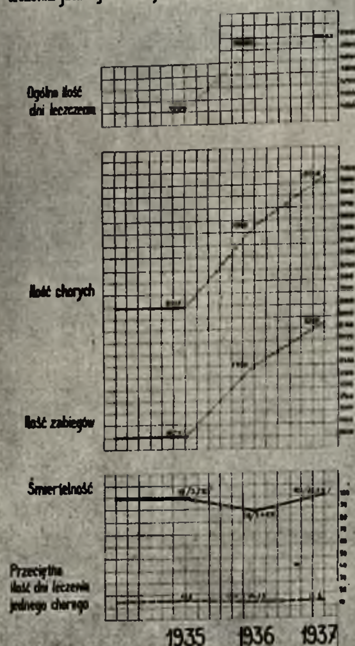
2. Stosowaniu sennarkolu (dawniej evipanu), jako wyłącznego środka usypiającego.

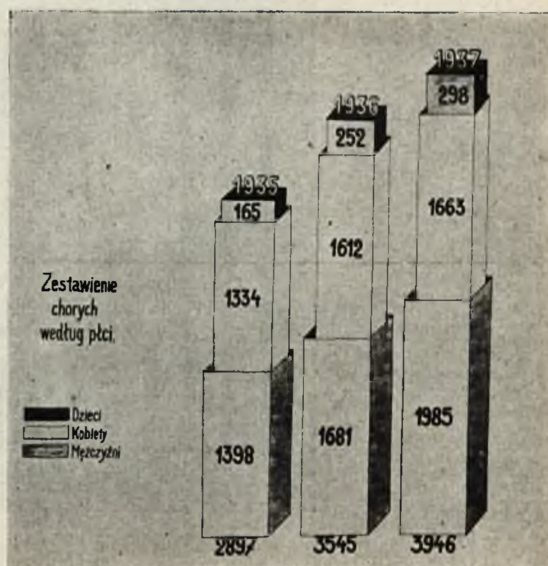
3. Łagodnemu operowaniu, mającemu na celu unikanie wszelkiego niepotrzebnego drażnienia zakończeń nerwowych w tkankach, a pośrednio zapobieganie chorobie pooperacyjnej w znaczeniu *Leriche'a.*

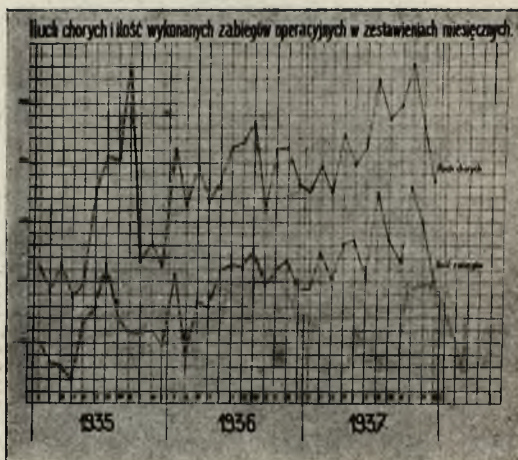
4. Liczeniu się ze stanem ogólnym chorego przy ustalaniu wskazań operacyjnych i wyborze zabiegu.

5. Starannej opiece pooperacyjnej.

WYKRESY.





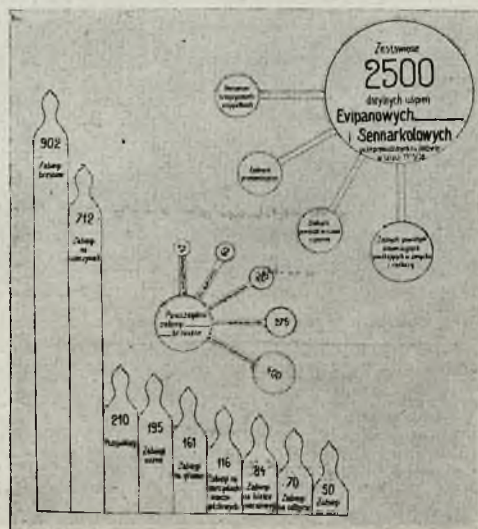


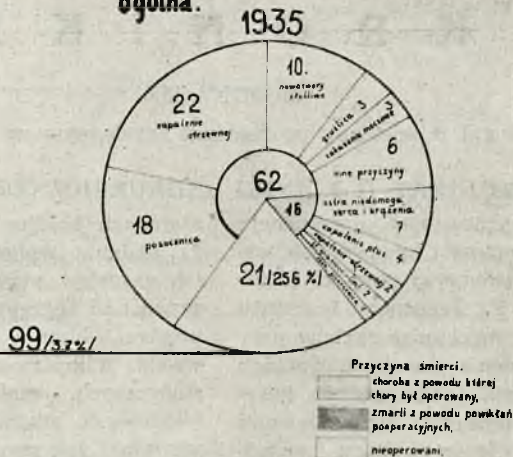
Wykonane zabiegi operacyjne.

1935
1936
1937

PRZEWLEKŁE
OSTRE



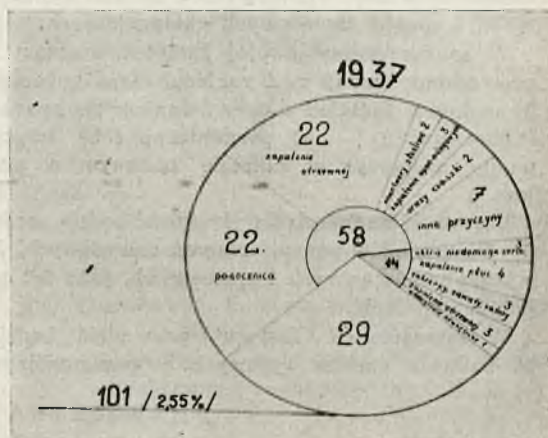




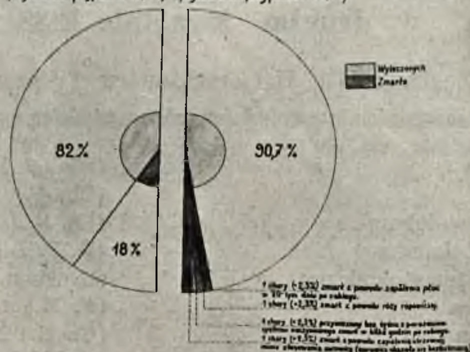
Śmiertelność
ogólna.
1935
10.
22
6
62
18
7
21/256 %/
99/3,7%/
Przyczyna śmierci.
choroba z powodu której chory był operowany,
zmarli z powodu powikłań pooperacyjnych,
nieoperowani,



1936
8
16
zapalenie otrzewnej
62
18
posocznica
17/14,7 %/
88 /2,48%/



1937
22
zapalenie otrzewnej
7
inne przyczyny
22.
posocznica
58
29
101 / 2,55%/



Śmiertelność z powodu rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego
w latach 1935-36
w roku 1937
w czasie stosowania surowicy
/ogólna ilość przypadków 44+4/
82%
18%
90,7%

KRONIKA

NOMINACJA.

Doc. dr Jan Gruca został mianowany profesorem tytularnym na wydziale lekarskim U. J. K. we Lwowie.

KOMUNIKAT II KLINIKI CHIRURGICZNEJ U. J. P.

Zakończone zostały prace nad organizacją wstępną *Instytutu Badawczego Chirurgii Społecznej i Chirurgii Pracy Zawodowej* przy II Klinice Chirurgicznej U. J. P. Zadaniem Instytutu jest pogłębienie wiedzy o mechanice ruchów przy pracy w celu: 1) podniesienia stanu zdrowotnego robotników, 2) przedłużenia okresu energii twórczej człowieka, 3) zmniejszenia wypadkowości przy pracy przez umożliwienie naukowo uzasadnionej akcji zapobiegawczej, 4) zmniejszenia obciążeń instytucyj społecznych z tytułu wypadkowości i chorób zawodowych chirurgicznych.

W zakres pracy swojej Instytut włącza: 1) prowadzenie badań nad racjonalizacją gospodarki motorem ludzkim z ograniczeniem do aparatu ruchowego; 2) — a) poradnictwo i b) dokonywanie ekspertyz w zakresie podanym w punkcie 1.

Czynności te Instytut wykonywać będzie zarówno dla zakładów pracy, zrzeszeń zawodowych, instytucyj państwowych i społecznych, jako też pojedyńczych osób.

W szczególności Instytut prowadzić będzie: 1) badania ruchów typowych w poszczególnych zawodach kolejno według stopnia złożoności; 2) badania wpływu poszczególnych ruchów lub ich zespołów przy danej czynności roboczej; 3) prace nad segregacją ruchów lub ich zespołów z punktu widzenia ich szkodliwości, jak: powodowania mikrotraum, zbędnych wysiłków, zmian statycznych, zmian chorobowych w kośćcu, więzadłach, stawach, układzie mięśniowym, nerwowym i żylnym; 4) prace nad eliminacją szkodliwych ruchów lub ich zespołów z procesu pracy, oraz: 5) opracowywać wzorce czynności roboczych wolnych od skutków szkodliwych; 6) ustalać pracę optymalną w zakresie poszczególnych czynności roboczych; 7) rozwiązywać poszczególne zagadnienia z zakresu przystosowania człowieka do maszyny, a przede wszystkim maszyny do człowieka.

Kierownictwo Instytutu pozostaje w rękach *Prof. D-ra Adolfa Wojciechowskiego*, kierownika II Kliniki Chirurgicznej U. J. P., który prace te prowadzić będzie przy udziele *d-ra Adama Rużycznera* i *d-ra Leona Kaliny*, jako swoich zastępców. Zakład ten jest pierwszą tego rodzaju placówką naukową w Polsce.

WYSTAWA SZPITALNICTWA.

Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa urządza *1. Ogólnopolską Wystawę Szpitalnictwa* w Warszawie od 10.IX do 2.X rb. w gmachu 1. Szpitala Okręgowego im. Marszałka Józefa Piłsudskiego, ul. 6-go Sierpnia 39.

DODATEK BIBLIOGRAFICZNY

Polskie piśmiennictwo chirurgiczne w drugim kwartale 1938 r.

Zestawił Dr H. Ciszkiewicz (Warszawa).

Wykaz czasopism uwzględnionych w niniejszym zestawieniu:

Biologia Lekarska	(Biol. L.) Nr 2.
Chirurg Polski	(Ch. P.) Nr 4—6.
Czasopismo Sądowo-lekarskie	(Cz. S. L.) Nr 2.
Doraźna Pomoc Lekarska	(D. P. L.) Nr 3—6.
Dwumiesięcznik Stomatologiczny	(D. Stom.) Nr 1—3.
Folia Morphologica	(F. M.) t. VIII Nr 1—2.
Gastrologia Polska	(Gastr.) Nr 1—2.
Gazeta Lekarska Śląska Polskiego	(G. L. Śl.) Nr 2.

Ginekologia Polska	(Gin. P.) t. XVII Nr 3—6.
Gruźlica	(Gruźl.) Nr 2.
Klinika Oczna	(Kl. Ocz.) Nr 1—2.
Kwartalnik Kliniczny Szpitala Starozakonnych w Warszawie	(Kw. Kl. Star.) t. XVI Nr 3—4.
Lekarz Kolejowy	(L. Kol.) Nr 1—2.
Lekarz Polski	(L. P.) Nr 4—6.
Lekarz Wojskowy	(L. W.) t. XXXI Nr 4—6.
Medycyna	(Med.) Nr 7—12.
Medycyna Doświadczalna i Społeczna	(Med. D. Sp.) t. XXIII Nr 1—2.
Medycyna i Przyroda	(Med. Prz.) Nr 4—6.
Medycyna Praktyczna	(Med. pr.) Nr 6—12.
Nowiny Lekarskie	(Now. Lek.) Nr 7—12.
Nowotwory	(Nowotw.) Nr 1.
Pediatria Polska	(Ped. Pol.) Nr 4—6.
Polska Gazeta Lekarska	(P. G. L.) Nr 14—26.
Polska Stomatologia i Przegląd Dentystyczny	(Pol. Stom.) Nr 4—6.
Polski Przegląd Chirurgiczny	(P. P. Ch.) t. XVII Nr 4—7.
Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej	(P. Ar. Med. Wew.) t. XVI Nr 1—2.
Prasa Lekarska (Monografie dla lek. prakt.)	(Monogr.) Nr 52—54.
Przegląd Dermatologiczny	(P. Derm.) t. XXXIII Nr 1.
Therapia Nova	(T. N.) Nr 4—6.
Warszawskie Czasopismo Lekarskie	(W. Cz. L.) Nr 13—24.
Wiedza Lekarska	(W. L.) Nr 4—6.

CHIRURGIA OGÓLNA.

96. **Bross W.** Wrażenia z pobytu w Szpitalach Londyńskich. P. P. Ch. Nr 4, s. 383—402.

A. Z a k a ż e n i a, z a p a l e n i a.

97. **Karwacki L.** Zakażenia paciorkowcowe — patogeneza i klinika. W. Cz. L. Nr 19, s. 362—365 i Nr 20, s. 381—385.
98. **Bohdanowiczówna Z., Ławrynowicz A., Szymańska J.** W sprawie patogenezy i epidemiologii zgorzeli gazowej. Med. D. Sp. Nr 1—2, s. 69—75.
99. **Hłasko F.** Chemoterapia zakażeń występujących w chirurgii, ginekologii i położnictwie. Med. pr. Nr 12, s. 253—264.
100. **Mossakowski J.** Tężec. P. P. Ch. Nr 4, s. 360—382.
101. **Nowak T.** Niezwykłe umiejscowienie się promienicy u dziecka. Ped. Pol. Nr 5, s. 287—290.

B. N o w o t w o r y.

102. **Płońskier H.** O współczesnych badaniach nad nowotworami złośliwymi. W. Cz. L. Nr 14, s. 273—274, Nr 15, s. 291—293, Nr 16, s. 308—310, i Nr 17, s. 329—331.
103. **Nielipiński W.** Rola konstytucji u chorych na nowotwory złośliwe. Nowotw. Nr 1, s. 7—34.
104. **Grzędzielski J.** O przerzutach nowotworów do układu nerwowego. P. G. L. Nr 20, s. 397—399.
105. **Dmochowski L.** Dieta w nowotworach złośliwych. Gastr. P. Nr 1, s. 1—11.
106. **Manteuffel L.** Rola gruczołów wydzielania wewnętrznego w chorobie raka. W. L. Nr 4, s. 108—113.
107. **Róbin W. i Nusbaum J.** O raku rodzinnym. Gastr. P. Nr 2, s. 7—16.
108. **Jurasz A.** Obecne poglądy na uleczalność raka. Med. Pr. Nr 6, s. 119—126.
109. **Dmochowski L.** O metodzie leczniczej Freunda w schorzeniu rakowym. Nowotw. Nr 1, s. 93—101.
110. **Osuchowski M.** Statystyka chorych na raka i inne nowotwory złośliwe z obszaru całej Rzeczypospolitej Polskiej za rok 1935. Nowotw. Nr 1, s. 101—116.
111. **Stein W., Jankowski I. i Dworecki I.** Przypadek szpiczaka mnogiego ze zniszczeniem kręgów, objawami opuszkowymi i zmianami w chemizmie krwi. W. Cz. L. Nr 18, s. 341—345.
112. **Stojałowski K.** Z kazuistyki anatomo-patologicznej ziarnicy złośliwej. Now. Lek. Nr 11, s. 352—355.

113. **Spritzer M.** Rentgenoterapia ziarnicy złośliwej. P. G. L. Nr 18, s. 360—363.
Patrz także Nry: 133, 143, 151a, 152—154, 159, 161, 164, 166, 167, 174, 177, 184, 189 — 191, 197 i 203.

C. K o ś c i, s t a w y, m i ę ś n i e.

114. **Dega W.** Orzecznictwo inwalidzkie w przewlekłych schorzeniach narządów ruchu. Now. Lek. Nr 7, s. 211—214 i Nr 8, s. 249—253.

115. **Maciejewski A.** Postawa dziecka a szkoła. Now. Lek. Nr 7, s. 202—210.

D. K r e w, n a c z y n i a k r w i o n o ś n e i c h ł o n n e.

116. **Klimowicz L.** Wskazania, błędy i powikłania przetaczania krwi na podstawie badań lat ostatnich. P. P. Ch. Nr 5, s. 492—516.

117. **Kostuch Z.** O odpowiednim doborze krwiodawców. Ped. Pol. Nr 5, s. 301—303.

118. **Rzepecki W.** Spostrzeżenia kliniczne nad wartością przetaczania krwi przechowywanej. P. P. Ch. Nr 5, s. 437—472.

119. **Lipińska W.** Wartość przetaczania krwi w klinice ostrych chorób zakaźnych. P. G. L. Nr 14, s. 269—270.

E. Z n i e c z u l e n i e, u ś p i e n i e, z a b i e g i.

120. **Gedroyć M.** Właściwości farmakologiczne nowego związku miejscowo znieczulającego „Locastin". P. G. L. Nr 24, s. 497—501.

121. **Boczko A.** Nakłucie lędźwiowe jako metoda lecznicza. T. N. Nr 6, s. 268—276.

122. **Jasieński J.** Nowe poglądy na chorobę pooperacyjną. Ch. P. Nr 5, s. 205—215.

123. **Michałowski E.** Aktualne poglądy na sprawę tzw. choroby pooperacyjnej. W. L. Nr 5, s. 129—133.

F. W y j a ł a w i a n i e, n a r z ę d z i a, o p a t r u n k i, l e k i.

124. **Sokołowski T.** Nowy gwóźdź do zespalania szyi kości udowej. Ch. P. Nr 4, s. 185—189.

125. **Pędzich J.** Nowa klamra wyciągowa i jej zastosowanie. Ch. P. Nr 6, s. 308—310.

126. **Gruchalski W. i Raczyński J.** Uwagi o leczeniu anstistreptiną. Ch. P. Nr 4, s. 190—194.

127. **Dobiecki K.** Doświadczenia z rozpuszczalną antistreptiną, jako środkiem przeciwpaciorkowcowym. Now. Lek. Nr 12, s. 387—390.

128. **Granatowicz J.** Nowy środek zastępujący atropinę — syntropan. Med. Nr 9, s. 314—346.

G. C h i r u r g i a u r a z o w a.

129. **Łążyńska W.** Leczenie oparzeń skóry. Ped. Pol. Nr 6, s. 340—343.
Patrz także Nry: 132, 199—202 i 206—208.

H. C h i r u r g i a w o j e n n a i s p o r t u.

130. **Bober S.** O leczeniu czyraczności w pułku. L. W. Nr 4, s. 463-466 .

131. **Kiersnowski T.** Transport rannych przez sanitariuszy kompanijnych w piechocie. L. W. Nr 4, s. 474—476.
Patrz Nr 213.

I. R a d i o l o g i a, f i z j o t e r a p i a.
Patrz Nry: 113, 137, 138, 152, 167 i 170—172.

CHIRURGIA SZCZEGÓŁOWA.

A. G ł o w a.

132. **Mamelok A. K.** O rozpoznawaniu złamań podstawy czaszki w warunkach pracy lekarza Pogotowia Ratunkowego. D. P. L. Nr 4—5, s. 1—9.

133. **Schneck L.** Rozważania dotyczące chirurgii i patologii opon mózgowych i perlaka w związku z operowanym i wyleczonym przypadkiem P. G. L. Nr 19, s. 378—380.

134. **Peter J.** Odprowadzenie wypadnięcia mózgu i jego zabezpieczenie. Ch. P. Nr 6, s. 291—298.

135. **Dreszer R.** Tętniaki mózgu. W. Cz. L. Nr 14, s. 261—266.

136. **Stankiewicz R. i Kowalewski M.** Encefalografia i wentrikulografia u dzieci w świetle spostrzeżeń własnych. Ped. Pol. Nr 5, s. 253—286.

137. **Lewenfisz M.** Przyczynek do rentgenodiagnostyki siodełka tureckiego. W. Cz. L. Nr 15, s. 288—291.

138. **Lewenfisz M.** Przyczynek do rentgenoterapii zespołów przysadkowych. W. Cz. L. Nr 20, s. 385—387.

139. **Sieniawski J. i Kossowski S.** O rzadkim przypadku mucocele zatoki czołowej. Ch. P. Nr 4, s. 173—178.

140. **Roth B.** Regulacja zębów sposobem chirurgicznym. D. Stom. Nr 1, s. 15—20.

141. **Szaniawska M.** Wyniki operacyj okołoszczękowych na Klinice chirurgicznej A. S. D. Stom. Nr 1, s. 30—33.
142. **Bohdanowicz F.** Kiła szczęk. D. Stom. Nr 3, s. 201—207.
143. **Schweig S. J.** Rak skórny wychodzący z blizny po operacji wyłuszczenia woreczka łzowego. Kl. Ocz. Nr 2, s. 200—201.
144. **Berkman M.** Przyczynek do leczenia czyraków górnej wargi i nosa. P. P. Ch. Nr 6—7, s. 550—552.
145. **Niedźwiecki S.** Operacja wytwórcza wargi dolnej po jej wycięciu. P. P. Ch. Nr 5, s. 490—491.

B. S z y j a.

146. **Jankowiak A.** Kręcz karku mięśniowy — jego istota i leczenie. Now. Lek. Nr 7, s. 214—224.
147. **Landau A. i Deloff L.** Zespół wielogruczołowy tarczycowo-przytarczyczny. Med. Nr 11, s. 420—424.
148. **Burzyk G.** Wole w Cieszyńskim. G. L. Śl. Nr 2, s. 62—69.
149. **Wolfram K. i Pollak K.** Leczenie wstrząsu pooperacyjnego w chorobie Basedowa dożylnym podawaniem jodu. W. Cz. L. Nr 23—24, s. 435—436.
150. **Żniniewicz J.** O leczeniu wodą choroby Basedowa. Now. Lek. Nr 9, s. 265—269.
151. **Glatzel J.** Leczenie niewydolności serca i dusznicy bolesnej całkowitym wycięciem tarczycy. P. Ar. Med. Wew. Nr 1, s. 140—153.
151a. **Szmurło J.** Nowotwory złośliwe krtani. Monogr. Nr 53 i 54, s. 1—60.
152. **Imich J. i Lewenfisz M.** Przyczynek do rentgenoterapii nowotworów złośliwych krtani i gardzieli. W. Cz. L. Nr 20, s. 388—389.

C. K l a t k a p i e r s i o w a.

153. **Granatowicz J.** Rzadki przypadek mnogich przerzutów kostnych w raku sutka. Now. Lek. Nr 12, s. 380—387.
154. **Aleksandrowicz J.** Przypadek guzów śródpiersiowych niejasnego pochodzenia (granuloma benignum Sundelin?) P. G. L. Nr 15, s. 292—293.
155. **Ostrowski W.** Chirurgiczne leczenie niedokrwienia mięśnia sercowego. P. P. Ch. Nr 6—7, s. 644—656.
156. **Telatycki M.** Nowe kierunki techniki zapadowego leczenia gruźlicy płuc. Gruźl. Nr 2, s. 163—179.
157. **Ostrowski W.** Torakoplastyka — nadzieja i postrach chorych na gruźlicę płuc. Med. Przyr. Nr 6, s. 17.
158. **Kaszubski S.** Torakoplastyka w oczach pacjenta. Med. Przyr. Nr 6, s. 30—33.
159. **Łobacz S.** Naczyniak chłonny opłucnej. Med. pr. Nr 8, s. 175—176.
160. **Kon J.** Zgorzel płuca wyleczona wlewaniami nowarsenobenzolu do płuca. Ped. Pol. Nr 5, s. 291—293.
161. **Gackowski J. i Pruszczyński A.** Rak płuca z licznymi przerzutami u chorego kiłowego. Gruźl. Nr 2, s. 196—208.

D. J a m a b r z u s z n a.

162. **Wyszogrodzki M.** Przypadek przepukliny przeponowej uwięźniętej, powikłanej przedziurawieniem dna żołądka. Ch. P. Nr 4, s. 182—184.
163. **Wrześniowski W.** Opadnięcie żołądka i okrężnicy. P. P. Ch. Nr 4, s. 311—331.
164. **Śmigielski J.** Niedokrwistość złośliwa a rak żołądka. Med. Nr 10, s. 376—379.
165. **Ostrowski W.** Przypadek ropnia nadwątrobowego (Przyczynek do techniki wywoływania zrostów wewnątrzopłucnych). P. P. Ch. Nr 6—7, s. 608—617.
166. **Haber A.** Naczyniak jamisty wątroby. P. P. Ch. Nr 4, s. 349—359.
167. **Sitkowski W. i Grynkraut B.** Radioterapia raka wątroby. W. Cz. L. Nr 17, s. 323—326.
168. **Podlipski Z. i Lando B.** Zapalenie woreczka żółciowego, wywołane pałeczką gazotwórczą. Kw. Kl. Star. Nr 3—4, s. 163—169.
169. **Gout L.** Przyczyny powikłań i nawrotów po operacjach na pęcherzyku i drogach żółciowych. P. P. Ch. Nr 6—7, s. 578—594.
170. **Joz B.** O cholecystografii. Gastr. Nr 1, s. 12—15.
171. **Sellig L.** O cholecystografii. Gastr. Nr 1, s. 16—17.
172. **Stankiewicz Z.** O cholangiografii. Med. Nr 12, s. 470—474.
173. **Zembrzuski J.** Badania czynnościowe trzustki i ich znaczenie w chirurgii. P. P. Ch. Nr 6—7, s. 657—673.
174. **Markert W.** Wpływ guzów trzustki na sprawność wydzielniczą nerki. P. Ar. Med. Wew. Nr 2, s. 397—405.
175. **Lewandowski Z.** Z kazuistyki uchyłków przewodu pokarmowego. Ch.P. Nr 5, s. 225—227
176. **Byszewski T.** Przedziurawienie jelita i zapalenie otrzewnej w durze brzusznym. P. P. Ch. Nr 6—7, s. 553—567.

177. **Wodziński M.** O pierwotnych mięsakach jelit. Nowotw. Nr 1, s. 35—65.

178. **Gawlikowski Cz.** Wartość rozpoznawcza objawów w przewlekłym zapaleniu wyrostka robaczkowego. P. P. Ch. Nr 6—7, s. 568—577.

179. **Rafałowski J.** Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego w wieku podeszłym a lekarz praktyk. P. G. L. Nr 26, „Prakt. lek." ark. 6, s. 133—136.

180. **Celarek J. i Stetkiewicz S.** Beztlenowce w zapaleniach wyrostka robaczkowego. Med. D. Sp. Nr 1—2, s. 79—82.

181. **Chłopicki W. i Hornicki P.** Niezwykłe powikłanie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego: zapalenie opon mózgordzeniowych wywołane przez prątki okrężnicy. Ch. P. Nr 5, s. 228—231.

182. **Traczyk Z.** Technika zamknięcia odbytu sztucznego. P. P. Ch. Nr 6—7, s. 640—643.

183. **Szerszyński B. i Majewski J.** Zapalenie esicy i zapalenie okołoesicze (sigmoiditis et perisigmoiditis). Med. Nr 8, s. 280—282.

184. **Rosenfeld J.** O operacyjnym leczeniu raka prostnicy. Monogr. Nr 52, s. 1—40.

185. **Wyszogrodzki M.** O elastycznej tamponadzie w krwotokach z odbytu i nosogardzieli. Med. Nr 7, s. 255—256.

186. **Śledziewski H.** Hernia retroperitonealis completa Treitzii. Ch. P. Nr 6, s. 279—290.

187. **Kłaczyński M.** Przypadek gruźlicy otrzewnej z pęknięciem powłok brzusznych. Med. pr. Nr 8, s. 176—177.

188. **Leński M.** Białaczka szpikowa po wycięciu pozimniczego guza śledziony, przebiegającego z poliglobulią. P. G. L. Nr 17, s. 339—341.

E. N a r z ą d y m o c z o w o - p ł c i o w e.

189. **Mossakowski J. i Manteuffel-Schoege L.** Przyczynek do guzów mieszanych nerki (lipo-myo-haemangioma renis). P. P. Ch. Nr 5, s. 425—436.

190. **Traczyk Z.** Duży łagodny mieszany guz nerki (lipoma et myofibroma vascularisatum renis). P. P. Ch. Nr 6—7, s. 634—639.

191. **Czubalski S.** Przypadek nadnerczaka nerki z towarzyszącą mu czerwienicą. P. P. Ch. Nr 6, s. 306—308.

192. **Buchacz M.** Przypadek wady rozwojowej moczowodów, powikłany roponerczem i kamicą. Ch. P. Nr 4, s. 178—181.

193. **Nathan F.** Przetoka moczownika. P. P. Ch. Nr 6—7, s. 604—607.

194. **Motz A. J.** Ciała obce w pęcherzu moczowym. P. P. Ch. Nr 6—7, s. 595—603.

195. **Michałowski E.** O wziernikowaniu pęcherza w przetokach pęcherzowo - pochwowych. Gin. P. Nr 5—6, s. 387—389.

196. **Wyrwicki.** Przetoka moczowa pęcherzowoszyjkowa i jej epilog. Now. Lek. Nr 11, s. 355—358.

197. **Laufer F.** Włókniako - mięśniak przegrody pęcherzowo - pochwowej. Gin. P. Nr 5—6, s. 391—400.

F. K r ę g o s ł u p, m i e d n i c a.

198. **Łobza W.** O możliwościach leczenia w warunkach zdrojowiskowych zesztywniających i zniekształcających schorzeń kręgosłupa. P. G. L. Nr 22, s. 458—460.

199. **Sołtysik A.** Kilka uwag w sprawie oceny urazów kręgosłupa. Ch. P. Nr 4, s. 169—173.

200. **Wagner T.** Z kazuistyki zwichnięć kręgosłupa szyjnego. Ch. P. Nr 5, s. 240—243.

201. **Felc W.** Przypadek skręcenia karku. Cz. S. L. Nr 2, s. 105—112.

202. **Śpiewankiewicz S.** W sprawie leczenia złamań kręgosłupa. P. P. Ch. Nr 6—7, s. 624—631.

203. **Chłopicki W. i Jasieński J.** Przypadek guza rdzenia. Ch. P. Nr 5, s. 232—239.

G. K o ń c z y n y g ó r n e.

204. **Rutkowski J.** O. tzw. pourazowym zakrzepowym zapaleniu żył kończyny górnej. P. P. Ch. Nr 6—7, s. 618—623.

H. K o ń c z y n y d o l n e.

205. **Lewandowski Z.** Ostre zapalenie stawu biodrowego. Ch. P. Nr 4, s. 161—169.

206. **Ambros Z.** Leczenie biodra szpotawego pourazowego. Ch. P. Nr 5, s. 215—225.

207. **Markowski B.** Leczenie zastarzałych źle zrośniętych złamań trzonu kości udowej. Ch. P. Nr 6, s. 259—279.

208. **Kugler A.** Leczenie zamkniętych złamań trzonu kości udowej. P. P. Ch. Nr. 4, s. 332—348.

209. **Majewski J.** Patogeneza i leczenie palucha koślawego. P. P. Ch. Nr 5, s. 473—489.

210. **Jakimowicz J.** Rzadki przypadek wielopalczastości. P. G. L. Nr 23, s. 476—478.

211. **Śpiewankiewicz S.** Leczenie zakrzepów żylnych kończyn dolnych za pomocą opatrunku uciskowego. Ch. P. Nr 6, s. 299—306.

212. **Pieniążek J.** Leczenie zdrojowo - kąpielowe stanów pozakrzepowych kończyn dolnych. P. G. L. Nr 22, s. 468—470.

213. **Sidorowicz W.** Wpływ motocyklizmu na kończyny dolne. Med. Nr 12, s. 474—478.